





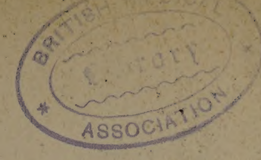


REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER



REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

RECUEIL TRIMESTRIEL
ANALYTIQUE, CRITIQUE ET BIBLIOGRAPHIQUE

DIRIGÉ PAR

GEORGES HAYEM
Professeur de thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine,
Membre de l'Académie de Médecine.

VINGT-SIXIÈME ANNÉE

TOME LI

PARIS
MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1898

SOMMAIRE DU N° 1

TOME LI



ANATOMIE.

PHYSIOLOGIE.

CHIMIE MÉDICALE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

THÉRAPEUTIQUE.

HYGIÈNE.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

MALADIES DES ENFANTS.

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

OPHTALMOLOGIE.

MALADIES DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

ANATOMIE.

R. RIGHETTI. Sulla mielinizzazione delle fibre della corteccia cerebrale umana nei primi mesi di vita (*Riv. di pat. nerv., p. 347, 1897*).

Le nouveau-né présente des fibres munies de gaines de myéline dans l'écorce des deux circonvolutions centrales et du lobule paracentral. Au commencement du 2e mois, les fibres à myéline se voient dans le pied des trois circonvolutions frontales et de la partie orbitaire de la première et de la troisième; en outre, dans le cuneus, le lobule lingual, les première et deuxième circonvolutions occipitales, le lobule fusiforme, la première pariétale, la circonvolution de l'hippocampe et la corne d'Ammon, la circonvolution temporale profonde, la première et la deuxième temporales superficielles, l'insula. Dans le troisième mois apparaissent les fibres à myéline dans les autres parties du lobe frontal et pariéto-temporal, circonvolutions dans lesquelles la présence des fibres dans l'écorce n'est pas encore certaine. Pour ce qui est du mode d'apparition des fibres à myéline corticales, dans toutes les circonvolutions celles qui se montrent d'abord sont les fibres radiées à l'exception de l'insula dans lequel les premières fibres à myéline sont parallèles à la surface. L'auteur entre en outre dans des détails sur les fibres tangentielles dans les diverses circonvolutions. PIERRE MARIE.

Marc ATHIAS. Recherches sur l'histogénèse de l'écorce du cervelet (*Journ. de l'anat. et de la phys., n° 4, 1897*).

Ce travail original, application des méthodes de Golgi et de Cajal, renferme, sur l'histogénèse des éléments du cervelet, une série de faits nouveaux, mais dont le détail se prête peu à l'analyse. A un point de vue

général, il amène également à des conclusions intéressantes relativement à la morphologie et à la physiologie générale des neurones.

En effet, dans les cellules dont l'auteur a pu suivre l'évolution complète, on voit se vérifier le fait de la polarité des prolongements protoplasmiques et cylindres-axiles : l'élément nerveux, primitivement épithélioïde, adhère alors à la surface par un prolongement de nature manifestement protoplasmique ; par sa face profonde il émet bientôt un filament cylindre-axile : cette direction relative des deux sortes de prolongements persiste plus ou moins longtemps pendant les stades ultérieurs du développement.

D'autre part, l'étude du développement des arborisations grimpantes donne un exemple remarquable du contact entre les ramifications cylindres-axiles d'une part, et d'autre part le corps et les expansions protoplasmiques des cellules. En effet, à un stade très embryonnaire, la cellule de Purkinje ne possède pas de panache protoplasmique ; la fibre grimpante vient alors se mettre en rapport avec le corps même de la cellule de Purkinje. Mais à mesure que cette dernière développe son panache, l'arborisation de la fibre grimpante quitte peu à peu le corps cellulaire pour envelopper d'abord le tronc protoplasmique du panache, puis successivement chacune de ses branches. Il est probable que toutes les épines qui hérissent primitivement le corps de la cellule de Purkinje favorisent le nombre des points de contact pour la jeune arborisation grimpante. Il en est de même quand la cellule de Purkinje devient adulte.

Les mailles du plexus grimpant, en laissant passer les épines des prolongements protoplasmiques, entrent en contact avec ces épines, spécialement destinées d'autre part au contact avec les cylindres-axes des grains.

Enfin le fait qu'une fibre entoure le corps d'une cellule, tant que celle-ci ne possède pas de prolongements protoplasmiques, et qu'elle le quitte ensuite pour aller se mettre en rapport avec ses expansions dendritiques, prouve que les prolongements protoplasmiques sont les organes récepteurs, par excellence, des excitations nerveuses. En même temps, dans le cervelet, le corps cellulaire de Purkinje devient libre pour recevoir directement les excitations venant des cellules d'association (corbeilles terminales des cellules étoilées). M. DUVAL.

Ch.-A. PUGNAT. Recherches sur la structure des cellules des ganglions spinaux de quelques reptiles (*Anat. Anz.*, *XIV*, *4*, *p. 89*).

Chez les reptiles étudiés (*Testudo græca*, *Emys europæa*, *Uromastix spinipes* et *Agama colonorum*) le protoplasma des cellules ganglionnaires spinales possède une structure fibrillaire surtout bien distincte dans les régions périphériques de la cellule. Dans la zone centrale périnucléaire où la substance chromatique est plus abondante, l'état fibrillaire cesse d'être visible. Il semble qu'en cette région les fibrilles s'anastomosent et forment un fin réseau. La substance chromatique s'observe généralement sous forme de très fines granulations ; parfois même elle est pulvérulente. Le protoplasma ne contient pas de formations analogues aux vacuoles des cellules ganglionnaires spinales des mammifères. Quant aux petites cellules qu'on trouve à côté des éléments de grande taille et de moyenne taille, dans les ganglions spinaux chez les reptiles, et qui sem-

blent exister chez tous les vertébrés, l'auteur émet l'hypothèse, justifiée par plusieurs considérations, que ce sont des cellules à prolongement cylindraxile court se rendant peut-être aux ganglions sympathiques où il se terminerait. A. NICOLAS.

Fr. REINKE. Beiträge zur Histologie des Menschen (*Archiv für mik. Anat.*, *L*, *1*, *p. 1*).

Dans ce travail Reinke, après avoir exposé et critiqué les diverses opinions en cours sur la constitution de la névroglie dans la moelle de l'homme adulte, rend compte de ses propres observations et conclut que ce tissu, dans la substance blanche, comprend des cellules et des fibrilles. *A*). Les cellules possèdent de nombreux prolongements protoplasmiques, en partie ramifiés, qui se dirigent les uns transversalement ou obliquement, les autres, beaucoup plus nombreux, verticalement en haut ou en bas et parallèlement aux nerfs. Ces prolongements sont bien mis en évidence par la méthode de Golgi. *B*). Les fibrilles sont, aux points de vue morphologique, physique et chimique, complètement différentes du corps cellulaire et de ses prolongements. Elles sont cependant formées par le protoplasma, sont logées en lui et en partie sur lui, mais affectent en général, chez l'homme adulte, une direction inverse de celle des prolongements protoplasmiques proprement dits. Un grand nombre de ces fibrilles, dont on ignore la longueur, se sont complètement séparées du corps cellulaire et ainsi rendues tout à fait indépendantes. De même il y a des cellules qui ne sont pour ainsi dire plus unies à des fibrilles ou ne le sont qu'à quelques-unes. Ces fibrilles ont une épaisseur très variable et peut-être ne s'anastomosent pas. Ce sont celles que la méthode de Weigert montre si nettement. A. NICOLAS.

J. ARNOLD. Die corpusculären Gebilde..... (Les formations corpusculaires du sang de grenouille et la façon dont ils se comportent dans la coagulation) (*Arch. für pathol. Anat.*, *CXLVIII*, *3*).

J. Arnold décrit sur les globules rouges de grenouille des phénomènes d'étranglement et d'élimination de filaments ou de corpuscules analogues à ceux qu'il a signalés sur les hématies des mammifères. De ces corpuscules, les uns sont hémoglobiques, les autres non. Il ne décide pas la question de savoir si ces formations sont le résultat d'une élimination sécrétoire ou l'expression de la mort cellulaire.

Ces corpuscules semblent en relation intime avec la coagulation du sang; en effet, plus les conditions sont favorables pour faire coaguler le sang, plus on voit les globules rouges présenter de prolongements et d'étranglements corpusculaires. ÉD. RETTERER.

J.-F. GEMMILL. Ueber die Entstehung des Müller'schen Ganges in Amphibien (Formation du canal de Müller) (*Arch. f. Anat. u. Physiol.-Anat. Abth.*, *3-4*, *p. 191*, *1897*).

Chez les Urodèles (Triton) l'orifice du conduit de Müller prend naissance au milieu d'une région située au côté externe du dernier entonnoir

cilié du pronéphros. A ce niveau, les cellules de l'épithélium péritonéal deviennent plus hautes et s'enfoncent de façon à former une gouttière profonde. Du fond de cette gouttière part un cordon cellulaire plein, isolé, qui s'enfonce en arrière entre le canal de Wolff et l'épithélium cœlomique. Ce cordon deviendra le segment antérieur du canal de Müller. Un peu avant d'atteindre l'extrémité caudale du corps de Wolff il se soude avec la paroi ventrale du canal de Wolff et, jusqu'à sa terminaison dans le cloaque apparaîtra comme un simple épaississement de cette paroi. Chez les Anoures au contraire (*Rana* et *Pelobates*) le canal de Müller est dans toute sa longueur indépendant du canal de Wolff et, comme c'était aussi d'ailleurs le cas chez le Triton, du pronéphros. En avant il se prolonge par une petite gouttière transformée bientôt en canal grâce à la soudure de ses lèvres. Ainsi l'orifice tubaire définitif ne répond pas à l'invagination primitive de l'épithélium cœlomique mais se trouve reportée plus en avant. A. NICOLAS.

H. KLAATSCH. Bemerkungen über die Gastrula des Amphioxus (*Morphol. Jahrb., XXV, 2, p. 224*).

L'auteur étudie successivement la formation et la fermeture du blastopore chez l'Amphioxus et chez quelques types d'Ascidies. Il montre que cet orifice ne s'obture pas par concrescence de ses bords latéraux. Pas plus que chez les vertébrés supérieurs il n'existe ici de raphé gastruléen. Le blastopore se rétrécit progressivement, sans doute par un mécanisme semblable à celui que Kopsch a décrit chez les Amphibiens, par une sorte d'envahissement cellulaire. Il est vraisemblable que les parties latérales et postérieures de la lèvre du blastopore jouent un rôle particulier. C'est en cette région que Hatschek a décrit ses *cellules polaires*. Mais ces éléments ne sont pas constants ou leur existence est éphémère. Ils correspondent aux éléments d'origine ectodermique nettement différenciés chez les Ascidies qui fournissent la musculature caudale après s'être invaginés secondairement en prenant part ainsi à la fermeture de la bouche primitive. A. NICOLAS.

W. FLEMMING. Ueber die Chromosomenzahl beim Menschen (Sur le nombre des chromosomes chez l'homme) (*Anat. Anz., XIV, 6, p. 171*).

Le nombre des chromosomes dans les cellules somatiques en mitose n'a pas encore été déterminé d'une façon précise chez l'homme. Bardeleben l'avait évalué, dans les cellules séminales, tantôt à 16 (spermatogonie), tantôt à 8 (spermatocyte) mais il tend à croire maintenant que ces chiffres sont trop élevés et se réduisent, en réalité, respectivement à 8 et 4. Flemming a réussi à compter les bâtonnets chromatiques dans plusieurs cellules épithéliales de la cornée. Dans deux cas il en a vu, avec une certitude presque entière, 24. A. NICOLAS.

H. KLAATSCH. Zur Frage nach der morphologischen Bedeutung der Hypochorda (Sur la signification morphologique de l'hypochorde) (*Morphol. Jahrb., XXV, 2, p. 156*).

Comme conclusions de ses recherches chez l'Amphioxus et les Séla-

ciens, Klaatsch est d'avis que l'hypochorde est le vestige d'un organe encore en fonction chez l'Amphioxus, la gouttière épibranchiale. Comme cette gouttière, elle naît de la paroi dorsale du tube digestif au-dessous de la chorde entre les deux aortes. L'apparition d'une gouttière hypochordale au cours de l'ontogenèse (Sélaciens) rappelle la disposition de l'Amphioxus. Chez ce dernier, la gouttière épibranchiale est localisée à l'intestin branchial, mais chez l'animal jeune elle se prolonge en arrière vers l'extrémité caudale. L'extension de cet organe rudimentaire le long de l'intestin chez les formes plus élevées est une manifestation secondaire.

Il n'y a pas de raison pour faire dériver l'hypochorde de diverticules intestinaux métamériques (contrairement à Stöhr). La destinée de la gouttière épibranchiale est associée à celle de la gouttière hypobranchiale. Les transformations de l'intestin branchial entraînent l'état rudimentaire de ces deux organes. L'hypochorde semble presque entièrement disparaître. Une partie de ses éléments donnerait naissance au ligament élastique ventral de la corde. En tous cas, la réduction de l'hypochorde en permettant le développement d'une aorte impaire marque un progrès important dans l'édification de l'organisme des Chordés. A. NICOLAS.

F. MAURER. Blutgefässe im Epithel. (Épithéliums vasculaires) (*Morphol. Jahrb., XXV, 2, p. 190*).

Chez plusieurs espèces d'Amphibiens, Anoures et Urodèles (*Rana*, *Bufo*, *Hyla*, *Salamandra* et *Triton*) l'auteur a constaté que l'épithélium de la muqueuse de la cavité buccale était vascularisé. Cet épithélium est stratifié, cylindrique ou cubique et à cils vibratiles. Il perd ses caractères au niveau du bord libre des maxillaires pour se continuer là brusquement avec l'épithélium stratifié plat qui constitue l'épiderme. Dans tout le territoire de l'épithélium cilié est distribué un réseau capillaire sous-épithélial d'où partent, en grand nombre, de larges rameaux qui s'enfoncent entre les cellules épithéliales. Chez les Urodèles ces capillaires intra-épithéliaux ne dépassent pas la couche cellulaire basale ; chez les Anoures ils s'insinuent au contraire au travers des assises moyennes et parviennent jusqu'à la face profonde de la couche cellulaire superficielle ciliée. A partir de la limite maxillaire de l'épithélium plat épidermique on ne constate plus de plexus vasculaire ni intra-épithélial, ni sous-épithélial.

Cette différenciation qui transforme ainsi si profondément l'épithélium buccal est, selon toute vraisemblance, en rapport avec les échanges respiratoires qui se font au niveau de la muqueuse de cette région.

A. NICOLAS.

Ed. RETTERER. Epithélium et tissu réticulé (*Journ. de l'anat. et de la phys., n° 5, 1897*).

Cet important mémoire, en reprenant l'étude du développement des amygdales, sujet antérieurement approfondi déjà par l'auteur (voyez : *R. S. M.*, XXXIII, 407), a essentiellement pour objet d'exposer de nouvelles

interprétations sur l'origine et la signification morphologique du tissu réticulé. Lors de ses études antérieures, l'auteur, imbu, déclare-t-il, de l'idée classique que tout réseau en charpente réticutée ne peut provenir que du mésoderne, avait été amené à admettre que, les amygdales débutant par la formation de bourgeons épithéliaux, le tissu mésodermique prolifère autour de ces bourgeons, pénètre entre eux, les entoure, les séparant de l'invagination primitive ; qu'alors les éléments des amas épithéliaux isolés se transforment en cellules arrondies (leucocyte ou éléments propres) en même temps qu'entre ces cellules s'insinuent des éléments mésodermiques. Le follicule avait donc une double origine, épithéliale pour ses cellules rondes, mésodermique ou conjonctive pour sa trame réticulée.

De nouvelles recherches l'amènent aujourd'hui à assigner un rôle plus considérable aux éléments épithéliaux. Tout, dans le follicule, charpente et cellules rondes, résulte de transformations particulières des cellules épithéliales. En effet, les cellules épithéliales polyédriques, séparées d'abord les unes des autres par des lignes réfringentes, se fusionnent en un tissu plein, c'est-à-dire où il n'y a plus de limite entre les corps protoplasmiques appartenant à des noyaux voisins. Dans ce tissu continu, on voit de très nombreux noyaux en caryocinèse ; la couche de protoplasma qui entoure immédiatement ces figures mitosiques devient plus transparente et moins apte à fixer les matières colorantes. Lorqu'un noyau a terminé sa cinèse, ce protoplasma central se répartit autour des deux jeunes noyaux ainsi produits, et se différencie dans l'espace compris entre ces noyaux d'une part et d'autre part la courbe corticale de protaplasma qui n'a pas pris part à la division. Mais alors ces jeunes cellules filles se séparent du complexus épithélial et deviennent libres ; à cet effet on voit apparaître des aréoles sous la forme de vacuoles dans le protoplasma des jeunes cellules contigu à la couche corticale, vacuoles remplies d'une substance fluide ; il persiste ainsi quelque temps des tractus protoplasmiques reliant les cellules filles à la couche corticale de la cellule mère ; mais ces tractus disparaissant, les cellules filles deviennent libres dans la logette que leur constitue la couche corticale. Telle est l'origine des cellules dites éléments propres du follicule ou leucocytes logés dans les mailles du tissu réticulé.

Quant au tissu réticulé, sa formation résulte de la production des logettes ou alvéoles sus-indiquées. Ces alvéoles sont d'abord épars, clairsemés et séparés les uns des autres par des territoires plus ou moins étendus de cellules épithéliales continues ; mais peu à peu le processus ci-dessus décrit se généralise, s'étend à la totalité du follicule dont la substance prend, vu la multiplicité des alvéoles, un aspect spongieux. En effet, à mesure que les alvéoles deviennent plus nombreux, les cellules qui n'ont pas subi cette transformation prennent une forme étoilée, et, grâce à leur continuité avec les voisines, constituent un réseau.

Ces résultats, quelque différents qu'ils soient des données classiques, méritent d'être pris en sérieuse considération, car, obtenus par des préparations dues aux procédés les plus perfectionnés de la technique, ils sont appuyés sur des figures démonstratives ; mais ils soulèvent, comme conséquences naturelles, diverses questions que l'auteur n'a pu encore suffisamment élucider, et qu'il paraît, par hypothèse, résoudre un peu

hâtivement, toujours dans le sens de l'origine épithéliale des formations les plus diverses. Ainsi les vaisseaux sanguins (capillaires) du tissu réticulé des amygdales lui paraissent se constituer aux dépens même du tissu folliculaire. Pour les lymphatiques eux-mêmes, dont il avait, dans ses précédentes recherches, injecté les réseaux en nitratant les cellules endothéliales de la paroi capillaire, il émet l'hypothèse qu'ils représentent simplement un système de lacunes, c'est-à-dire d'alvéoles dilatés largement et communicantes, le nitrate d'argent imprégnant la surface libre des cellules ramifiées et anastomosées qui circonscrivent ces lacunes. Enfin, parmi les cellules libres, d'origine épithéliale, placées dans les mailles du réticulum, il en décrit qui se chargent d'hémoglobine et se transformeraient en globules rouges du sang. Ce sont là des questions bien complexes sur lesquelles il nous donnera sans doute plus tard les éclaircissements indispensables. M. DUVAL.

G. SULTAN. Beitrag zur Involution..... (Sur l'involution du thymus) (*Arch. f. pathol. Anat.*, *CXLIV*, *3*).

G. Sultan a examiné une série de thymus à divers âges, surtout des thymus provenant de sujets adultes et de vieillards. Le premier fait intéressant qui ressort de cette étude, c'est la persistance de certaines parties du tissu thymien jusqu'à l'âge le plus avancé. Autrement dit, on trouve même chez les vieillards du tissu lymphoïde au milieu des lobules graisseux. Ces restes de tissu thymien sont le siège des modifications suivantes : on y voit apparaître des cellules épithélioïdes, provenant en partie de la prolifération des cellules endothéliales et se transformant, avec les progrès de l'âge, en tubes glandiformes ou bien en masses compactes, bien délimitées du tissu avoisinant. A cette époque, les corps concentriques ont passé à l'état de corps sans structure et n'ayant aucun rapport génétique ni avec les amas de cellules épithélioïdes ni avec les vaisseaux.

L'évolution du thymus peut donc se résumer ainsi : 1° l'*ébauche thymienne* est *épithéliale*, mais la structure épithéliale se perd déjà sur les embryons longs de 5 à 6 centimètres. Parfois on trouve encore des tubes épithéliaux chez les enfants et même chez les sujets de 50 ans; 2° le thymus *devient lymphoïde et adipeux*, parce que l'endothélium et la tunique adventice des vaisseaux prolifèrent et fournissent des cellules lymphoïdes et épithélioïdes, dont une partie subit la transformation graisseuse. Nombre de cellules lymphoïdes sont remplacées par des cellules fusiformes, d'où la formation d'amas épithélioïdes qui, dans un âge avancé, donnent au thymus un aspect glandulaire. ÉD. RETTERER.

STEINLECHNER et TITTEL. Der Musculus ventricularis des Menschen (*Sitzungsb. d. Kais. Akad. d. Wiss. in Wien.*, *CVI*, *3*, *p. 157*).

Typiquement le muscle de la corde vocale supérieure chez l'homme est constitué par un faisceau qui s'insère en arrière sur la face externe du cartilage aryténoïde et, se dirigeant sagittalement en avant, en haut et en dedans, va s'attacher sur la partie latérale de la moitié inférieure de

l'épiglotte. Tantôt ce muscle forme une couche plus ou moins continue ; tantôt il est partagé en deux faisceaux aplatis qui divergent sous un angle variable. En arrière, dans son tiers postérieur, il est très éloigné de la muqueuse et séparé d'elle par les glandes du groupe interne. Ce faisceau sagittal contracte des connexions importantes avec le muscle thyro-aryténoïdien inférieur, par l'intermédiaire de fibres qui contournent en arrière l'orifice de l'appendice ventriculaire et viennent rejoindre ainsi, par un trajet curviligne, la portion antérieure des faisceaux sagittaux venus du cartilage aryténoïde. Il reçoit aussi quelques fibres du thyro-aryténoïdien supérieur qui s'associent à sa formation de différentes manières.

L'auteur décrit en outre des faisceaux des muscles thyro-épiglottiques et thyro-membraneux qui se perdent dans la paroi de l'appendice.

L'action du muscle de la corde supérieure serait la suivante. La contraction de ses fibres sagittales rapprocherait ce repli de la ligne médiane, plus ou moins, suivant l'étendue et la situation de leurs insertions antérieures, épiglottiques. Les fibres arquées venues du thyro-aryténoïdien inférieur contribueraient à ce rapprochement et en même temps rapprocheraient la corde vocale supérieure de l'inférieure en retrécissant la concavité du ventricule. A. NICOLAS.

J. NADLER. Zur Histologie der menschlichen Lippendrüsen (Glandes labiales) (*Archiv für mik. Anat.*, *L*, *3*, *p. 419*).

Les glandes des lèvres, jusqu'alors à peine étudiées, appartiennent à la catégorie des glandes tubuleuses ramifiées. Leurs conduits excréteurs sont tapissés d'un épithélium cylindrique, haut et mince et à bâtonnets radiaires périphériques, dans les plus gros ; bas dans les plus petits. Les tubes sécréteurs sont constitués par une membrane propre, mince, homogène et nucléée sur laquelle reposent des cellules différentes suivant les endroits. Les unes offrent tous les caractères des cellules muqueuses, les autres ceux des éléments séreux. Ces deux catégories de cellules peuvent ou bien être isolées ou bien dans le même tube se trouver mélangées en proportion variable. L'aspect si souvent décrit sous le nom de croissant de Gianuzzi s'observe fréquemment. L'auteur a constaté ces détails de structure, avec quelques variantes, chez un certain nombre de sujets d'âge différent. Ils correspondent entièrement à ceux d'une glande mixte, à la fois séreuse et muqueuse, telle que la glande sous-maxillaire de l'homme. A. NICOLAS.

H. TIEMANN. Ueber die Bildung der primitiven Choane bei Säugethieren (Sur la formation des choanes primitives chez les mammifères) (*Inaug.-Dissert. Würzburg*, *1896*).

Chez les mammifères l'organe de l'olfaction naît, conformément à l'opinion des anciens auteurs, aux dépens des *champs olfactifs*, épaississements de l'ectoderme situé de chaque côté du bourgeon frontal. Ces champs se transforment, par suite de la saillie en bourrelet de leurs bords, en fossettes qui, se creusant davantage, deviennent bientôt des poches. Les fossettes olfactives n'entrent en communication avec la cavité buccale

ni par une gouttière ni par un sillon et l'on ne constate à aucun moment de formation de ce genre transformée ensuite, ainsi qu'on le croyait autrefois, en canal par la réunion du bourgeon nasal interne avec le bourgeon maxillaire supérieur. Celui-ci ne prend aucune part à la formation des cavités nasales primitives qui, en réalité, se constituent par le rapprochement et la soudure des bords latéraux des fossettes olfactives, c'est-à-dire des bourgeons nasaux externe et interne. En arrière cette soudure a pour résultat la production d'un pont épithélial, élargi ensuite en une mince membrane, la membrane bucco-nasale de Hochstetter, qui sépare d'abord la cavité nasale de la cavité buccale mais se déchire dans la suite. Ainsi se trouve établie la libre communication entre ces deux cavités.

A. NICOLAS.

A. HAAGEN. Beiträge zur Kenntniss der Entstehung und Bedeutung der paranukleären Gebilde in den Pankreaszellen (De l'origine et de la signification des formations paranucléaires dans les cellules pancréatiques) (*Inaug.-Dissert. Zürich, 1897*).

Après un court historique de la question, l'auteur expose ses propres observations, qui ont porté spécialement sur le pancréas de la Salamandre et du Triton. Les noyaux des cellules glandulaires d'un animal qui a été privé de nourriture pendant plusieurs jours renferment plusieurs nucléoles, ceux au contraire des éléments d'une glande en pleine activité n'en possèdent plus que quelques-uns ou même seulement qu'un seul. On peut constater, en effet, que pendant la période de sécrétion (sous l'influence de la pilocarpine) les nucléoles quittent le noyau, se logent dans le protoplasme et prennent la forme de croissant. Ils se décomposent ensuite en granulations de zymogène. Le « noyau accessoire » (Nebenkern) n'est donc qu'un nucléole émigré dans le cytoplasme. Il est destiné à donner naissance à des grains de sécrétion. A. NICOLAS.

WIART. Mode de division de l'artère rénale, et les rapports de ses branches au niveau du hile (*Soc. anat. Paris, p. 655, juill. 1897*).

D'après l'examen de 12 sujets, Wiart conclut :

L'artère rénale se divise dans les 2/3 des cas en branche antérieure soit double, soit unique (et parfois suppléée par une artère rénale accessoire), en branche supérieure et en branche postérieure. Dans 1/3 des cas, l'artère rénale se sépare en branche antérieure et en branche postérieure. En ce cas, les rameaux supérieurs sont fournis à peu près indifféremment par l'une ou l'autre de ces artères.

Dans la majorité des cas, l'artère rénale gagne le bord supérieur de la veine et le croise au moment de se diviser ou même avant — là où les branches antérieures passent en avant du tronc veineux ou de ses divisions — il n'existe entre les veines et le bassinet accolés aucun rameau artériel. En somme, les rameaux de l'artère rénale ont un trajet tel qu'ils occupent le plan le plus superficiel en avant, en haut et en arrière : leur ensemble forme une sorte de gouttière grillagée à concavité inférieure embrassant le bassinet et les veines accolées à sa face antérieure.

P. MAUBRAC.

G. MEVES. Zur Entstehung der Axenfäden menschlicher Spermatozoen (Sur l'origine du filament axial dans le spermatozoïde humain) (*Anat. Anz., XIV, 6, p. 168*).

Dans les spermatides, chez l'homme, on observe deux corpuscules centraux voisins de la surface de la cellule et orientés de telle sorte que la ligne qui les réunirait est perpendiculaire à cette surface. Du corpuscule le plus superficiel se dégage un fin filament qui représente l'ébauche de la fibrille axiale du spermatozoïde. Dans le cas, assez fréquent, où la spermatide renferme plus d'un noyau, il y a autant de paires de corpuscules centraux et autant de filaments que de noyaux.

Cette observation démontre donc, pour l'homme, l'origine extra-nucléaire du filament axial déjà prouvée par l'auteur chez le rat et chez la salamandre. A. NICOLAS.

G. KAPSAMMER. Die periostale Ossifikation (*Archiv f. mik. Anat., L, 2, p. 315*).

L'auteur envisage successivement les points de vue suivants : Rapport chronologique entre l'apparition de l'ossification périostique et l'apparition de l'ossification enchondrale. — Comment se fait l'ossification périostique. — Enfin, signification de cette ossification dans l'accroissement et la construction du squelette entier. Ses principales conclusions se résument ainsi :

L'ossification périostique commence à une époque où il n'y a pas de trace ni d'ossification enchondrale ni même de formation d'espaces médullaires. Ainsi l'intervalle de temps qui sépare l'apparition de ces deux processus est d'environ 16 jours chez le poulet, et un peu moins long chez les mammifères. Le périoste en état de donner de l'os ne doit pas être considéré comme étant de nature cartilagineuse. C'est un tissu conjonctif riche en cellules, qui se différencie directement en tissu osseux et en tissu médullaire. Dans la plupart des cas l'observation anatomique ne peut prouver que cette métaplasie dépend soit du mode de ramification des vaisseaux, soit d'un arrangement fibrillaire quelconque, soit des ostéoplastes. L'écorce osseuse périostique est produite en grande partie par la membrane conjonctive riche en cellules, mais elle dérive aussi en certains endroits du tissu tendineux et ailleurs aussi du cartilage. Grâce aux remaniements profonds, aux phénomènes de résorption dont l'os est le siège au cours de son développement, le tissu osseux d'origine enchondrale disparaît peu à peu, de sorte que le squelette de l'adulte se trouve presque exclusivement constitué par de l'os d'origine conjonctive, périostique. L'ossification aux dépens du cartilage a donc un caractère provisoire. A. NICOLAS.

Ch. GARNIER. Sur l'apparence de ponts intercellulaires entre les fibres musculaires lisses (*Journ. de l'anat. et de la phys., n° 5, 1897*).

Il est aujourd'hui admis, à peu près classiquement, que les fibres cellules, constitutives du tissu musculaire lisse, affecteraient entre elles des connexions analogues à celles des cellules du stratum malpighien, à l'aide de nombreux prolongements unissant deux fibres voisines. Cependant la

revue des nombreux travaux relatifs à cette question montre que l'accord est loin d'être unanime sur la nature des formations existant dans les interstices des muscles lisses, puisque si pour nombre d'auteurs on a affaire à des ponts cellulaires, pour plusieurs autres il s'agirait soit de tissu conjonctif, soit de ramifications nerveuses, soit même de ces deux ordres d'éléments à la fois.

L'auteur a donc voulu à ce propos élucider la question du tissu conjonctif de ces espaces intermusculaires. Le vert lumière, combiné à la safranine, lui a fourni des préparations où les filaments conjonctifs se détachent très nettement en vert foncé, contrastant avec le vert pâle de la substance musculaire. Dans ces conditions, on constate que chaque fibre cellule se trouve accompagnée par cinq ou six fibres conjonctives, d'un aspect particutier, épineuses, qui ne sont pas directement appliquées à sa périphérie, mais cheminent au milieu de l'espace intermusculaire, de sorte que, si l'on examine l'ensemble, on voit une même fibre conjonctive participer à la formation des réseaux enserrant tous les éléments musculaires contigus. Ces fibres conjonctives, hérissées de pointes, émettent de nombreuses branches collatérales, qui contribuent à compliquer singulièrement le réseau en question, lequel, du reste, n'affecte avec la substance musculaire que des rapports de contiguité. Il est probable que ces éléments conjonctifs jouissent de propriétés élastiques, utilisées par les changements de forme fonctionnels des cellules musculaires. Quant au fait anatomique pur, il se précise encore par l'existence de fines fibrilles rectilignes, traversant l'interstice intermusculaire et réunissant deux plexus voisins, d'où des images donnant absolument l'illusion de ponts intercellulaires. Malgré la netteté et l'importance de ces faits, n'ayant étudié que la tunique musculeuse de l'œsophage de la tortue et le muscle rétracteur de tentacule oculaire de l'hélix, l'auteur ne veut pas formuler une conclusion générale et se contente d'insister sur la ressemblance qu'il peut y avait parfois entre les ponts intermusculaires tels qu'on les a décrits et les tractus conjonctifs. Peut-être, ajoute-t-il, arrivera-t-on, par l'examen d'objets plus nombreux et plus variés, à se convaincre de l'importance que prend l'élément conjonctif dans la constitution des divers tissus musculaires, et à reconnaître la rareté, dans le muscle lisse, des véritables ponts intercellulaires. M. DUVAL.

E. BOTEZAT. Die Nervenendigungen an den Tasthaaren von Säugethieren (Les terminaisons nerveuses dans les poils tactiles des mammifères) (*Arch. für mik. Anat.*, *L*, *I*, *p. 142*).

Les fibres nerveuses qui parviennent au sac folliculaire interne se partagent en deux couches, profonde et superficielle. La première constitue, grâce à des anastomoses répétées et irrégulières, un plexus compliqué de fibres variqueuses à trajet onduleux qui entoure la partie inférieure de la gaine radiculaire et l'épaississement radiculaire inférieur. La couche superficielle comprend des fibres longitudinales ascendantes, qui recouvrent les précédentes et entourent l'étranglement qui sépare les deux épaississements radiculaires ainsi que l'épaississement radiculaire supérieur.

De fins cylindraxes, émanés des deux couches de fibres, traversent la mem-

brane vitrée et forment en dedans d'elle, entre les cellules les plus externes de la gaine radiculaire externe (cellules tactiles de Merkel) des plaques épaissies, légèrement excavées (ménisques tactiles) qui se juxtaposent étroitement aux cellules et s'anastomosent entre elles par des fibrilles très ténues. Ces ménisques tactiles ne représentent cependant pas la véritable terminaison des nerfs sensitifs. Vers le dedans (du côté du poil) ils se prolongent par une ou plusieurs pointes qui émettent des filaments extrêmement délicats (filaments terminaux) lesquels se terminent librement entre les cellules. Ce sont là les terminaisons nerveuses ultimes.

L'anneau nerveux qui chez beaucoup d'animaux répond au col du follicule pileux est composé à la fois de nerfs épidermiques et de nerfs folliculaires, agencés en un plexus très dense d'où partent des fibrilles qui vont se terminer librement en dedans de la membrane vitrée.

En somme, la gaine radiculaire externe des poils tactiles est beaucoup plus riche en nerfs qu'on ne l'a admis et l'appareil sensoriel terminal de ces organes s'étend en dedans de toute l'étendue de la membrane vitrée.

A. NICOLAS.

PHYSIOLOGIE.

MORAT et BONNE. Les éléments centrifuges des racines postérieures (*C. R. Acad. des Sc., 12 juill. 1897*).

La présence d'éléments nerveux centrifuges dans les racines postérieures peut se démontrer de plusieurs façons : soit par l'excitation du bout périphérique de ces racines laquelle détermine des effets vaso-moteurs dans le membre correspondant, ainsi que Morat l'a démontré dans un travail antérieur (*R. S. M.*, L, 413) ; soit par l'étude de la dégénérescence secondaire qui frappe les éléments de ces racines ; c'est à ce second mode de démonstration qu'est consacré le présent travail.

L'expérience a porté sur les dernières racines lombaires et la première sacrée, la section étant faite immédiatement en dehors de la dure-mère. Dans ces conditions on constate que le bout supérieur ou médullaire contient toujours un petit nombre de fibres saines, au milieu d'un très grand nombre de fibres dégénérées ; le bout inférieur, ou ganglionnaire, contient inversement un petit nombre de fibres dégénérées au milieu d'un très grand nombre de fibres saines.

M. DUVAL.

MORAT et DOYON. Troubles trophiques consécutifs à la section du sympathique cervical (*C. R. Acad. des Sc., 12 juill. 1897*).

Dans un précédent travail (*R. S. M.*, L, p. 413) Morat a signalé les déviations nutritives qui, après la section des racines postérieures, sur-

viennent dans le membre correspondant. On sait, d'autre part, combien il est facile de provoquer des troubles trophiques du même genre dans le champ de distribution du trijumeau, en coupant ce nerf dans le crâne. La section du sympathique cervical est aussi parfois suivie, dans le globe oculaire, d'altérations locales semblables à celles qui relèvent de la section du trijumeau.

C'est que le trijumeau, comme tous les nerfs cutanés, contient des éléments ganglionnaires, du genre des fibres trophiques des racines postérieures, mais il les reçoit de deux sources distinctes et éloignées l'une de l'autre. De ces sources, l'une est dans la moelle épinière, laquelle par l'intermédiaire des cinq ou six premières racines dorsales et par les rameaux communicants correspondants fournit les origines du sympathique cervico-crânien ; celui-ci rejoint la cinquième paire par une anastomose directe étendue entre le ganglion cervical supérieur et le ganglion de Gasser. L'autre est dans le bulbe rachidien qui est un lieu d'origine important pour les nerfs ganglionnaires, et le trijumeau en reçoit de lui qui suivent directement ses racines originelles pour aller se mélanger aux précédentes.

Une section faite sur la chaîne sympathique cervicale ne supprime donc qu'une portion des éléments ganglionnaires du trijumeau, d'où l'absence ou l'atténuation des troubles trophiques dans ce cas. Une section des origines du trijumeau, faite en amont du ganglion de Gasser, n'aura elle-même que des effets atténués ou nuls. Mais une section faite sur le ganglion de Gasser, ou un peu en avant, aura chance de supprimer les deux sources à la fois, d'où l'effet toujours plus rapide et plus complet des sections pratiquées à ce niveau, et cela sans que le ganglion lui-même y soit pour rien. M. DUVAL.

Purves STEWART. Experimental observations on the crossed adductor jerk (Secousse croisée des adducteurs) (*The Journ. of phys., XXII, p. 61*).

L'auteur observe un sujet chez qui le choc patellaire provoquait le reflexe du même côté (contraction de l'extenseur quadriceps) et la contraction des muscles adducteurs de la jambe du côté opposé. L'auteur constate que cette contraction croisée de l'adducteur n'est pas due à une excitation mécanique transmise par le choc au bassin ou à la moelle, mais qu'elle constitue un véritable réflexe qui présente un temps perdu plus long que le réflexe ordinaire direct. Il n'apparait que 0″126 après le choc. DASTRE.

D. RYWOSCH. Ueber den Einfluss des Blutegelextractes auf die Glykolyse im Blute (Influence de l'extrait de sangsue sur la glycolyse du sang) (*Centralbl. f. Physiol., XI, p. 495, 1897*).

L'addition d'extrait de sangsue retarde *in vitro* la destruction du sucre (glycolyse) du sang. Il semble en être de même *in vivo*. En effet l'injection intraveineuse d'extrait de sangsue augmente la teneur en sucre du sang chez le chien (avant l'injection : 0.140 0/0, 0.132 0/0, 0.156 0/0 de sucre ; une heure après l'injection : 0.192 0/0, 0.182 0/0, 0.215 0/0) et

amena même dans un cas de la glycosurie. Le sucre que l'on ajoute au sang par injection intraveineuse disparaît fort lentement si l'on a en même temps injecté de l'extrait de sangsue. LÉON FREDERICQ.

I. — P. SCHULTZ. Ueber den Einfluss der Temperatur auf die Leistungsfähigheit der längsgesheiften Muskeln der Wirbelthiere.

II. — Le même. Die längsgestreifte (glatte) Musculatur der Wirbelthiere.

III. — Le même. Zur Physiologie der längsgestreiften (glatten) Muskeln.

IV. — Le même. Quergestreifte und längsgestreifte Muskeln (Physiologie des muscles lisses) (*Arch. f. Physiol.*, *p. 1*, *307, 322 et 323*, *1897*).

I. — L'auteur fixe dans un myographe spécial une lanière découpée transversalement dans l'estomac de la grenouille, de manière à obtenir un graphique de contraction des muscles lisses. Une contraction simple *isotonique* (muscle se raccourcissant librement) dure près de deux minutes (énergie latente : 1 1/2 seconde ; énergie croissante : 15 secondes ; énergie décroissante : le reste du temps). La contraction *isométrique* (muscle empêché de se raccourcir) est beaucoup plus brève (40 secondes en tout) dont 12 secondes pour le stade d'énergie croissante).

Influence de la température : Maximum de la contraction à + 32° pour la contraction isométrique, à + 390° pour la contraction isotonique. A partir de ce maximum, l'énergie de la contraction décroit jusqu'à + 50° (abolition de l'excitabilité).

II. — Etude des excitants mécaniques, chimiques, thermiques, sur les muscles lisses de la grenouille (estomac) et du chien (*retraction penis*).

III. — Etude des mouvements spontanés (tonus péristaltique) des muscles lisses extraits du corps.

IV. — L'auteur établit une distinction nette entre les muscles lisses striés longitudinalement et les muscles striés à la fois transversalement et longitudinalement. Outre les différences de structure et de fonctionnement (durée de la contraction) il signale des différences chimiques. Les muscles lisses (qu'il propose d'appeler muscles striés longitudinalement) ne fournissent pas de myosine, sont plus riches en matériaux solides et ne deviennent pas acides par le fonctionnement.

Nous renvoyons à l'original pour une foule de détails intéressants et pour les considérations théoriques exposées par l'auteur.

LÉON FREDERICQ.

DUNLOP, Noël PATON, STOCKMAN et J. MACCADAM. On the influence of muscular exercise, sweating (sudation) and massage on the metabolism (*The Journal of phys.*, *XXII*, *p. 68*).

Chez un sujet soumis à un régime alimentaire fixe, l'exercice excessif entraîne une augmentation dans l'urine de l'azote total, de l'urée, de l'ammoniaque préformée, de la créatinine, des sulfates, l'accroissement de l'urée étant plus rapide que celui de l'azote total. Par suite de la sudation, il y a diminution de la quantité d'eau, du chlore et du sodium urinaire. De plus, ce n'est que si le sujet n'est pas en bonne forme et pas bien entraîné

qu'il y a augmentation de l'acide urique, des matières extractives azotées, de l'acide phosphorique. Ces constatations démontrent une exagération de la destruction des protéides de l'organisme. Les protéides détruits appartiennent au muscle, tissu pauvre en nucléo-protéides. Ce sont ceux-ci qui fournissent l'acide urique, l'azote extractif, le phosphore, tandis que le muscle ne donne que l'azote et le soufre. Chez le sujet mal entraîné les autres tissus participent aussi à la destruction du tissu musculaire. Il semble que ces autres tissus sont décomposés pour fournir à la réparation du muscle et que tout ce qui n'appartient pas aux albuminoïdes proprement dits soit rejeté (acide nucléique et dérivés). Les effets du massage qui accélèrent le cours de la lymphe se sont traduits par des changements très peu significatifs. On connaissait les avantages de l'entraînement pour préparer le cœur à l'accroissement subit de sa besogne, et limiter la fatigue consécutive à l'exercice. Les recherches présentes montrent que l'entraînement empêche la destruction des protéides appartenant aux autres tissus que le tissu musculaire. DASTRE.

H. HERING et C. SHERRINGTON. Ueber Hemmung der Contraction willkürlicher Muskeln bei electrischer Reizung der Grosshirnrinde (Inhibition de la contraction des muscles volontaires par l'excitation électrique de l'écorce) (*Arch. f. die ges. Phys., LXVIII, p. 222*).

Le premier exemple d'inhibition de ce genre a été fourni par Bubnoff et Heidenhain (1881). Sherrington a montré plus tard que si, chez le chat, on coupe les pédoncules cérébraux, il se produit une contraction des extenseurs du coude et du genou que l'on fait cesser par l'excitation électrique des mêmes pédoncules. — Les auteurs poursuivent ces remarques. Des singes narcotisés par l'éther, placés debout, ont les articulations du coude, de l'épaule, du genou et de la hanche en flexion permanente. On peut s'assurer directement de la contraction des muscles correspondants. On fixe le membre de manière à empêcher ultérieurement le mouvement par l'action des antagonistes extenseurs ou par la pesanteur. On excite la région convenable de l'écorce cérébrale, et on constate un relâchement des muscles fléchisseurs, relâchement qui cesse après l'excitation. Les auteurs citent un certain nombre d'exemples de ce genre. L'affaiblissement du courant qui excite, produit le relâchement. Les points qui, avec certaines intensités de l'excitant, provoquent la contraction ou le relâchement ne se confondent pas toujours ; ils sont quelquefois distants de 1 centimètre. Il y a ainsi une innervation réciproque des véritables antagonistes. Mais, outre cela, dans les mêmes groupes musculaires il peut y avoir des contractions qui coïncident avec des relâchements, dont on ne saisit pas l'utilité physiologique. DASTRE.

J. FRENTZEL. Ein Beitrag zur Frage nach der Quelle der Muskelkraft (Contribution à l'étude de l'origine de la force musculaire (*Arch. f. die ges. Phys., LXVIII, p. 212*).

L'auteur opère sur des chiens soumis au jeûne ou à l'alimentation exclusive par les graisses et veut savoir d'après l'augmentation d'excré-

tion d'azote urinaire pendant les périodes de travail, si ce travail peut être accompli aux dépens de l'albumine et quelle proportion de ce travail peut provenir de cette source. Le résultat des deux séries de recherches se résume ainsi : Pour une partie essentielle, le travail est exécuté aux frais de la graisse du corps ou de celle des aliments. Dans aucun cas, il ne peut être exclusivement accompli aux dépens de l'albumine. DASTRE.

N. ZUNTZ. Ueber den Stoffverbrauch des Hundes bei Muskelarbeit (Échanges matériels chez le chien pendant le travail musculaire) (*Arch. f. die ges. Phys. LXVIII, p. 191*).

Zuntz a étudié (1891) l'absorption d'O et l'excrétion de CO^2 chez le chien pendant le travail musculaire. (Un chien de 30 kilos se mouvant sur un plan horizontal fait une dépense de 0,1603 microkilogrammètres par kilo et par mètre de chemin parcouru). Les résultats les plus saillants de cette étude reprise par l'auteur sont les suivants : 1° Tous les mammifères qui ont été soumis à l'examen emploient la même quantité d'énergie chimique pour l'exécution de l'unité de travail (travail normal) ; 2° le tiers environ de l'énergie chimique dépensée sert à l'exécution du travail mécanique extérieur ; les deux tiers restant sont transformés en chaleur ; 3° dans le travail de traction, l'effet utile de l'énergie chimique dépensée est plus petit que dans le travail d'ascension : il diminue à mesure que le travail augmente ; 4° le déplacement horizontal du corps nécessite, pour la même masse mise en mouvement et le même chemin parcouru, d'autant plus de travail que l'animal est plus petit. La dépense de travail (et par conséquent la dépense d'énergie) est sensiblement proportionnelle à la surface du corps. DASTRE.

J. FAWCET et W. Hale WHITH. On the influence of artificial respiration and of β.tetrahydronaphtylamine on the body temperature (*The Journ. of phys., XXI, p. 435*).

La β. tétrahydronaphtylamine provoque chez le lapin une élévation de température rectale de 4°5 (injection sous-cutanée de 9 centimètres cubes de la solution à 3 0/0). (Stern 1889). Les battements du cœur et les mouvements respiratoires sont accrus considérablement en nombre : c'est là probablement une défense de l'organisme contre l'échauffement. En règle générale il y a peu de convulsions. Il y a donc thermogenèse accrue ; celle-ci ne peut s'expliquer par l'accroissement des mouvements volontaires non plus que des mouvements respiratoires ou circulatoires. Le phénomène ressemble par sa grandeur et sa rapidité à l'élévation thermique que provoque chez le lapin une lésion du corps strié. Si l'on supprime la moelle à sa partie supérieure, l'effet thermogénétique ne se manifeste plus. Si l'animal est curarisé, l'effet thermogénétique est nul ou très atténué. Mais l'anesthésie par l'éther, combinée avec la respiration artificielle et l'immobilisation de l'animal suffit pour masquer l'élévation thermique de la substance B et, en général, toutes les élévations thermiques dues à des substances diverses. A. DASTRE.

H. VERNON et G. LEWES. The relation of the respiratory exchange of cold blooded animals to temperature (*The Journ. of phys., XXII, p. 443*).

Chez les animaux à sang froid l'excrétion d'acide carbonique ne suit pas exactement la température. Il y a presque toujours des intervalles de température dans lesquels le métabolisme reste invariable. Par exemple, chez le ver de terre, l'excrétion de CO^2 reste invariable entre 10° et 22°,5. Chez l'axolott, l'accroissement de CO^2 est très faible, de 2° à 20°, mais est très considérable, de 20° à 30°. Les changemeuts métaboliques sont inverses si la température s'abaisse de 30° et de 20° à 2°. Chez les grenouilles, l'acide carbonique reste constant si la température s'élève de 15° à 20° ou si elle s'abaisse de 17°,5 à 15° (R. esculenta). Chez l'escargot l'excrétion carbonique augmente régulièrement de 2° à 20° mais reste constante de 20° à 30°.

Cette constance du métabolisme dans certains intervalles est un fait de régulation (contrôle du métabolisme) par le système nerveux central. Si l'on détruit la moelle chez la grenouille l'excrétion carbonique croît et décroît régulièrement avec la température ; si la section a lieu à la partie supérieure de la moelle, la régulation n'est pas altérée très sensiblement. Le centre de contrôle est donc médullaire. Mêmes résultats si on détruit la continuité nerveuse au moyen du curare, si on l'emploie à doses excessives. Les doses faibles suffisantes pour paralyser complètement les mouvements n'ont qu'une faible influence.

Chez les grenouilles strychnisées l'excrétion carbonique croît rapidement de 2° à 10°, mais reste constante de 10° à 30°. La morphine a peu d'action ; elle diminue l'acide carbonique de 22°,5 à 30°. DASTRE.

J. LEFÈVRE. Détermination de la chaleur perdue par la surface totale du corps sous l'action réfrigérante de l'eau, chez l'homme (*Arch. de physiol., IX, p. 758, 1897*).

Ce mémoire fait connaître le nombre total de calories perdues par la surface totale du corps dans l'eau à diverses températures, 5°, 12°, 18°, 24°, 30°, pendant les minutes sucessives de 1 à 30 minutes, renseignements utiles pour la pratique hydrothérapique. DASTRE.

Léon ASHER. Ueber das Grenzgebiet des Licht-und Raumsinnes (Domaine intermédiaire entre le sens de la lumière et celui de l'espace) (*Zeitschr. f. Biol., XXV, p. 394*).

Deux surfaces très petites, d'étendue inégale, peuvent paraître égales, si la plus petite est éclairée plus fortement que la plus grande. L'apparence sera la même pour notre œil, du moment que la quantité totale de lumière (étendue de la surface multipliée par intensité de la lumière) réfléchie par les deux surfaces est la même. L'auteur a vérifié l'exactitude de cette donnée pour des surfaces éclairées ne dépassant pas deux à trois minutes (angle visuel).

A. attache une grande importance au cercle d'aberration qui entoure

toute image rétinienne d'un point lumineux et ne croit pas qu'il puisse y avoir sur la rétine des images assez petites pour ne recouvrir qu'un seul élément rétinien. LÉON FREDERICQ.

G.-J. BURCH. An experiment in colour sensation (*Proc. of the phys. Soc., 3 juill. 1897.*)

On examine le spectre solaire au moyen d'un spectroscope à dispersion étendue, avec une fente assez mince pour que l'illumination soit modérée. Si l'observateur concentre son observation sur la mesure des raies de Frauenhofer, la teinte de chaque plage semble constante. Mais si l'attention se porte sur la couleur, par exemple dans la partie orangée du spectre, on observe un papillottement et la couleur, tout à l'heure homogène, paraîtra alternativement verte et rouge ; de même, le bleu-vert entre B et F paraît alternativement osciller entre le bleu et le vert. Ainsi l'application de l'attention à une couleur composée permet de la résoudre en ses composants. DASTRE.

J. NEUBERGER. Ueber das Verhalten der Riechschleimhaut nach Durchshneidung des Nervus olfactorius (Influence de la section du nerf olfactif sur la muqueuse olfactive) (*Centr. f. Physiol., XI, p. 489*).

Pas d'altération de la muqueuse olfactive ni des cellules olfactives après section du nerf olfactif pratiquée chez l'oie ou la grenouille. Atrophie du lobe olfactif et de la partie antérieure de l'hémisphère du côté opéré, chez l'oie. LÉON FREDERICQ.

A. EXNER. Kehlkopfnerven und die Functionen der thyroïdea (Nerfs du larynx et fonctions de la thyroïde) (*Arch. f. die ges. Phys., LXVIII, p. 100*).

Chez le chien, le nerf laryngé supérieur envoie une branche à la thyroïde (Fuhr); il en est de même pour le laryngé inférieur (Lindemann). La section de ces nerfs d'un côté a provoqué une dégénération bilatérale de la thyroïde (Katzenstein). L'auteur coupe les nerfs et cherche en premier lieu s'il se produit des phénomènes de perturbation fonctionnelle (tétanie, etc.) ; il cherche en second lieu si la teneur de la glande en iodothyrine se trouve modifiée par cette opération. Chez 6 chats, il extirpe la thyroïde d'un côté et de l'autre côté il coupe et excise les nerfs laryngés. Chez deux d'entre eux on observe de l'hyperesthésie, des grondements au moindre contact, de l'immobilité apathique, puis la tétanie typique et les convulsions cloniques. Ces phénomènes diminuèrent et les animaux guérirent après 3 semaines. L'opération n'avait pas lésé les vaisseaux. Chez les autres, les phénomènes furent un peu moins marqués. L'ablation de la seconde moitié de la thyroïde, après guérison, fit reparaître les phénomènes qui avaient suivi la section des nerfs et aboutit rapidement à la tétanie typique et à la mort. Les mêmes opérations non suivies de section des nerfs, n'ont point d'effet. Si l'on sectionne un nerf seulement, le supérieur ou l'inférieur, le résultat varie selon des prédispositions individuelles. La section seule des 4 nerfs laryngés eut pour résultat la mort des animaux ;

un seul survécut sur 10 et manifesta des symptômes de tétanie atténuée. Il n'y eut pas de changements anatomiques appréciables dans les thyroïdes énervées. Enfin les excisions de nerf n'entraînèrent jamais de modifications appréciables de la teneur en iode, ce qui montre que l'iodothyrine est sans relations nécessaires avec la tétanie. DASTRE.

E. WORMSER. Experimentelle Beiträge zur Schilddrüsenfräge (Contribution expérimentale à l'étude de la glande thyroïde) (*Arch. f. die ges. Phys., LXVII, p. 505*).

W. a opéré avec la thyroïde desséchée, avec l'iodothyrine de Baumann (porc et mouton), avec l'iodalbumine, la thyréoalbumine, les combinaisons métalliques de l'iode (iodure de potassium), les combinaisons organiques (caséoiodine), le thymus, les capsules surrénales. La thyroïodine de Baumann n'est pas capable de préserver les chiens thyroïdectomisés de la tétanie aiguë et de la mort. Les albuminoïdes précipités avec la thyroïodine par l'acide acétique n'augmentent pas l'efficacité de la thyroïodine. Ses bases, unies dans la glande à la thyroïodine et non précipitées par l'acide acétique, donnent de même un résultat négatif. De même encore les combinaisons iodées. Le thymus desséché et les capsules surrénales n'exercent non plus aucun effet sur la tétanie. Aucune des substances isolées de la thyroïde ne peut remplacer l'ensemble. C'est l'ensemble seul des substances de la thyroïde qui peut compenser la thyroïdectomie. DASTRE.

E. DE CYON. Les fonctions de la glande thyroïde (*C. R. Acad. des Sc., 13 sept. 1897*).

Voici les principales conclusions de ce travail :

1° L'iodothyrine produite dans la glande thyroïde est destinée à activer le fonctionnement des centres nerveux qui régularisent les battements du cœur et la circulation du sang. La fonction de la glande thyroïde consiste donc à transformer les sels de l'iode, parvenus dans le sang, en une combinaison organique, l'iodothyrine, et à débarrasser ainsi les centres nerveux d'une substance toxique pour eux, d'après les expériences de Barbera.

2° Cette fonction des glandes thyroïdes se trouve sous la dépendance directe du cœur. Par l'intermédiaire des filets nerveux qu'il envoie aux deux laryngés, le cœur dirige lui-même la production de l'iodothyrine indispensable à son fonctionnement normal.

3° Les corps thyroïdes, situés à l'entrée des artères carotides dans la boîte cranienne, constituent des appareils destinés à protéger le cerveau contre les dangers des subits afflux de sang, que ces afflux soient provoqués par l'exagération du travail du cœur ou par un rétrécissement notable des voies de circulation. Et cette fonction mécanique préservatrice est également réglée par le cœur, qui peut provoquer une forte vaso-dilatation thyroïdienne. M. DUVAL.

Noël PATON. A further study of hepatic glycogenesis (*The Journ. of phys.*, *XXII*, *p. 121*).

L'auteur reprend la question traitée par Dastre (1880), à savoir si la transformation du glycogène en sucre, dans le foie, se fait réellement par l'action d'une zymase isolable. Il conclut, comme cet auteur, que cette transformation est, non pas le résultat de l'intervention d'un ferment, mais le résultat de l'activité vitale des cellules hépatiques. Arthus et Huber, contrairement à cette vue, montrèrent que la transformation se fait dans un milieu (fluorure de sodium) incompatible avec la vie. W. Paton fait voir qu'un court traitement par l'alcool fait perdre au tissu du foie du lapin et du mouton le pouvoir de convertir le glycogène en sucre. Ce fait ne se produit pas chez le chien. On ne peut pas retirer du foie, après la mort, de ferment amylolytique. DASTRE.

I. — FRASER. On the antivenomous properties of the bile of serpents and other animals (*Brit. med. Journ.*, *p. 125*, *17 juill. 1897*).

II. — Le même. On the antitoxic qualities of the bile (*Ibid.*, *p. 595*, *4 sept. 1897*).

I. — Fraser a montré qu'on peut introduire impunément dans l'estomac d'un animal, une quantité de venin de serpent capable de tuer mille animaux de son espèce. Or, ce n'est pas la sécrétion gastrique qui neutralise le venin, c'est la bile. En effet, en injectant sous la peau d'un lapin le venin du cobra, mêlé préalablement à de la bile du même animal, on voit que l'animal en supporte une dose qui sans cela serait absolument mortelle. Ce qui est remarquable, c'est que la bile des serpents non venimeux jouit des mêmes propriétés, ce qui fait croire à Fraser que les serpents non venimeux sécrètent en réalité une certaine dose de venin, insuffisante pour donner lieu à des accidents. La bile de mouton jouit de propriétés anti-venimeuses, mais à plus faible dose.

L'auteur a recherché quelle était, dans la bile des serpents, la substance qui sert ainsi d'antidote au venin : ce ne sont pas les parties solubles dans l'alcool, mais le résidu insoluble : des expériences précises ne font pas de doute à cet égard.

Il est à remarquer que l'empirisme a précédé sur cette question l'expérimentation. C'est, en effet, la bile des serpents venimeux qui est employée comme remède par les natifs de l'Afrique pour les morsures des serpents.

II. — Par analogie, Fraser a étudié l'action de la bile sur les toxines morbides, et il est arrivé à montrer les propriétés antitoxiques de ce liquide.

En injectant sous la peau d'un lapin 0,15 centimètres cubes par kilogramme d'animal de toxine diphtéritique mêlée à 0,05 par kilogramme de bile séchée de lapin, on ne voit pas survenir d'intoxication diphtéritique. Par contre, si l'on injecte à des lapins la même toxine diphtéritique, privée de bile, à la dose de 0,15, de 0,07 et même de 0,05, les animaux meurent tous dans un délai plus ou moins rapproché. H. RENDU.

BICKEL. Experim. Unters. über den Einfluss der Galle..... (De l'influence de la bile et des acides biliaires sur le système nerveux central) (*Münch. med. Woch. n° 21, p. 553, 25 mai 1897*).

La bile et les sels de soude des acides biliaires plus particulièrement sont des poisons violents du système nerveux central pour certains animaux. Les expériences de Bickel montrent que l'action de porter ces substances sur la surface des hémisphères cérébraux, chez les mammifères (chien, chat, lapin, cobaye, rat) provoque des symptômes cérébraux diversement caractérisés, principalement perte de connaissance et contractures, avec énorme sécrétion salivaire. Les symptômes nerveux des cas de rétention biliaire peuvent donc être rapportés en grande partie à l'action des acides biliaires sur le système nerveux central. C. LUZET.

E. PFLUEGER. Neue Versuche zur Begründung der Lehre von der Entstehung des Fettes aus Eiweiss (Nouvelles recherches sur les bases de la doctrine de la formation de la graisse aux dépens de l'albumine) (*Arch. f. die ges. Phys., LXVIII, p. 176*).

Voit et Pettenkofer ont nourri un chien avec de grandes quantités de chair musculaire et retrouvé dans les excreta tout l'azote de l'aliment, mais seulement une partie du carbone. Ils ont considéré cette expérience comme prouvant la formation de graisse aux dépens de l'albumine. Ces conclusions, partout acceptées, sont incorrectes. Les bilans fournis par ces auteurs sont le résultat d'une fausse hypothèse sur la composition élémentaire de la viande maigre ; ils sont en contradiction avec les données analytiques des autres observateurs et de Voit lui-même. La chair musculaire contient beaucoup de corps : de la graisse variant de 0,5 à 0,9 0/0 ; du glycogène, c'est-à-dire du carbone qui n'est pas le carbone de l'albumine. Le rapport du carbone à l'azote, adopté arbitrairement par Voit et Pettenkofer pour la viande est 3,68. En réalité, ce rapport devrait être 3,22 ou 3,18. En recommencant les calculs de Voit avec ces coefficients corrigés, Pflüger constate que le carbone de la viande retenu par l'organisme dans ces expériences est à peu près nul.

Dans une nouvelle série d'expériences de suralimentation d'albumine, Cremer trouve qu'il reste dans l'économie de 17 à 20 0/0 du carbone de l'albumine détruite. Il opère sur le chat et lui donne une quantité de viande triple de ses besoins. Une partie appréciable échappe à l'absorption, reste dans l'intestin, fournit par putréfaction de l'ammoniaque, passe dans la vessie où elle est comptée parmi les matières extractives, riches ou pauvres en azote, tandis que l'albumine désamidée reste dans l'intestin et que son carbone, par conséquent, ne doit pas être compté comme graisse. Cremer suppose, au contraire, que tout l'azote vient de l'albumine absorbée, oxydée dans le corps et y laissant son carbone. D'autre part, le foie accumule comme réserve de la tyrosine ; le bilan montre qu'il y a rétention d'azote. Pflüeger critique les récentes expériences d'Erwin Voit et conclut finalement que si, théoriquement, la transformation d'albumine en graisse doit être admise, rien, en fait, ne la démontre. DASTRE.

Swale VINCENT. The effects of subcutaneous injections of extracts of suprarenal capsules (*The Journ. of phys., XXII, p. 110*).

L'auteur a injecté à des lapins, cobayes, rats, souris, les extraits capsulaires de bœuf, mouton et autres animaux. Il a constaté les faits suivants : Il faut des doses élevées d'extrait capsulaire en injection sous-cutanée pour produire la mort de l'animal. Les symptômes caractéristiques consistent en légers mouvements musculaires, parésie suivie de paralysie d'origine centrale des membres postérieurs puis des membres antérieurs, urines sanglantes, hémorragies nasales, respiration rapide et superficielle d'abord puis profonde et rare, convulsions asphyxiques et chute de température précédant la mort. Les extraits glycériniques provoquent une ulcération. La portion corticale de la glande est inactive. Déjà Oliver et Schäfer ont vu qu'elle n'exerçait pas d'action sur la pression du sang. Les autres extraits glandulaires (foie, rate, reins) sont de même inactifs. Les phénomènes peuvent s'amender et disparaître et l'animal se rétablit après une paralysie poussée très loin. La dose mortelle dépend de l'idiosyncrasie individuelle. Une dose non mortelle produit une immunité partielle. DASTRE.

L. ARLOING. De l'intoxication par la sueur de l'homme sain (*C. R. Acad. des Sc., 26 juill. et 2 août 1897*).

La sueur de l'homme sain renferme des matières toxiques. Injectée dans le sang, elle entraine la mort du chien à la dose moyenne de 15 cc. par kilogr. de poids vif; celle du lapin, à la dose de 25 cc., dans un délai de 24 à 72 heures.

Le poison sudoral agit sur l'appareil circulatoire, principalement sur les centres excito-cardiaques et sur la fibre myocardique. En même temps, par la modification de leur forme, plus encore que par celle de leur nombre, les mouvements respiratoires démontrent que leurs centres nerveux sont impressionnés. Il se produit de plus une hyperthermie notable, laquelle est obtenue même avec une dose faible, non mortelle. Enfin l'un des effets les plus remarquables de cette intoxication s'observe sur la masse globulaire du sang; il y a une hypoglobulie rapide qui s'accompagne d'un amaigrissement considérable, tel que l'animal perd, en trois ou quatre jours, plus d'un tiers de son poids. La sueur renferme donc des substances nocives énergiques, troublant plus ou moins tous les systèmes organiques, frappant les phénomènes intimes de la nutrition, modifiant la composition du milieu intérieur, substances dont les propriétés sont à plusieurs égards analogues à celles de certaines toxines microbiennes. M. DUVAL.

CHARRIN et MAVROJANÈS. Propriétés toxiques de la sueur (*Soc. de biol., 6 nov. 1897*).

Les auteurs montrent que la sueur introduite dans la veine du lapin est peu toxique ; il faut 60 à 70 cc. par kilog, soit 120 à 130 pour un animal entier, pour amener la mort dans les 18 à 24 heures.

La sueur est un médiocre milieu de culture. A. C.

DUBOIS (de Berne). Recherches sur l'action physiologique du courant galvanique (*Arch. de phys., IX, p. 746, 1897*).

La résistance électrique du corps varie extrêmement sous l'influence du courant qui le traverse. L'effet physiologique du courant dépend beaucoup plus du voltage que de l'intensité. La contraction musculaire minimale se montre avec le même potentiel et non avec la même intensité. La résistance du corps (dont dépend l'intensité) n'a pas grande influence sur l'action physiologique d'une fermeture de courant. Des résistances rhéostatiques intercalées dans le circuit principal abolissent complètement l'effet physiologique d'une fermeture de courant, alors même que ces résistances sont, en valeur, négligeables par rapport à celle du corps. La cause de ce phénomène est dans la self-induction qui prolonge la durée de la période d'état variable. L'action excitante d'une fermeture de courant sur le nerf moteur ou sur le muscle a lieu uniquement pendant la période d'état variable. L'excitation électrique semble être d'origine mécanique (choc, état vibratoire). DASTRE.

CHIMIE MÉDICALE.

J.-A. ZALESKI. Sur la présence de l'argon dans la matière colorante du sang (*Gaz. lekarska, 26 juill. 1897*).

L'auteur a examiné l'azote obtenu après la combustion de l'hémine voisine chimiquement de l'hématoporphyrine, la matière colorante des feuilles. Le gaz obtenu par la combustion de l'hémine fut recueilli dans une cloche où préalablement fut fait le vide, cette cloche était remplie jusqu'à la moitié avec de la chaux sodique. Puis avec la pompe de Sprengel le gaz fut aspiré dans des tubes qui absorbaient l'azote.

Z. a fait deux expériences. Dans la première, il employa 2 grammes d'hémine préparée dans son laboratoire et 5 grammes d'une préparation de Merck ; on obtient environ 700 centimètres cubes de gaz. On y ajouta l'azote obtenu après la combustion de 10 grammes d'hémoglobine, ce qui donna un total de 1 litre 1/2 de gaz. On fit absorber l'azote par le lithium, après quoi il resta 20 centimètres cubes de gaz. Dans la deuxième expérience, on brûla 20 grammes d'hémine et 1 gramme d'hématine ce qui donna 2 litres de gaz. On fit absorber l'azote par le Mg. Dans les deux expériences, il fut impossible de déceler par le spectroscope de l'argon. L'auteur conclut qu'il n'y a pas d'argon dans la matière colorante du sang. H. FRENKEL.

W. v. MORACZEWKI. Ueber den Chlor..... (Sur la proportion du chlore et du phosphore dans le sang pendant la maladie) (*Arch. für pathol. Anat. u. Phys.*, *CXL VI, 3*).

Des analyses de l'urine et du sang donnèrent, dans diverses maladies, les résultats suivants, au point de vue de la proportion du chlore et du phosphore.

Pendant la pneumonie, le chlore du sang est diminué, mais après la crise, le chlore a augmenté. Dans l'anémie, c'est exactement le contraire. L'urine reproduit les mêmes chiffres que le sang, dont elle n'est que le miroir pendant les processus fébriles : peu de chlore, beaucoup de phosphore, tandis que, dans les anémies, l'urine présente un tableau inverse de celui du sang. L'urine des saturnins (quand il n'y a pas de complication rénale) est celle des anémiques.

Les frictions mercurielles pratiquées sur les syphilitiques, ainsi que les sels d'argent produisent toujours une augmentation du chlore dans le sang. Quant au phosphore, sa richesse diminue ou s'accroît selon les cas. (Voy. *R. S. M.*, XLVII, 39.) ÉD. RETTERER.

LE GOFF. Sur certaines réactions chromatiques du sang dans le diabète sucré ; applications thérapeutiques (*Thèse de Paris*, *1897*).

Dans le diabète sucré, les globules rouges et le plasma sanguin présentent certaines modifications que l'on peut caractériser par différentes réactions chromatiques.

Les hématies du sang normal, fixées sur lamelles par la méthode d'Ehrlich, se colorent par les couleurs acides ; celles du sang des diabétiques, au contraire, se colorent par les couleurs basiques. Cette affinité différente pour les colorants paraît due à un état spécial de l'hémoglobine ou du cytoplasme cellulaire, état qui est peut-être l'indice d'une altération du globule.

L'hyperglycémie du plasma du sang diabétique donne lieu à la réaction suivante : une solution chaude et alcaline de bleu méthylène additionnée de sang diabétique se décolore rapidement, tandis qu'elle conserve sa couleur bleue avec un même volume de sang normal. H. L.

Albert ROBIN et M. BINET. Les échanges respiratoires dans l'hémoglobinurie paroxystique (*Arch. gén. de méd.*, *sept. 1897*).

Chez un malade atteint d'hémoglobinurie paroxystique une saignée de 10 centimètres cubes faite sur la veine, sans aucun phénomène inflammatoire, suffit pour amener une surélévation considérable du chimisme respiratoire : preuve de l'influence du système nerveux.

Pendant la crise, il y a une diminution très accentuée des échanges, suivi d'une accélération.

Les échanges, après l'élévation post critique, tombent au-dessous du chiffre habituel. En même temps l'organisme entier subit une dépression générale assez marquée, ce qui est dû non à la perte du sang, mais bien à son altération. H. LEROUX.

F. VITALI. Patogenesi e significato semeiotico dell'urobilinuria (*Il Morgagni*, *p. 225, avril 1897*).

Les coefficients de l'urobilinurie sont la quantité d'urobiline que renferme le contenu de l'intestin, l'absorption de ce contenu, l'incapacité de la cellule hépatique à retenir et à transformer l'urobiline, soit par suite d'une insuffisance fonctionnelle, soit par suite d'une altération anatomique.

Aussi pourrait-on, au point de vue pathogénique, diviser les maladies qui s'accompagnent d'hémoglobinurie en 3 groupes : celles qui donnent lieu à une augmentation dans la production de l'hémoglobine (processus hémolytiques, infectieux, toxiques, etc.), celles qui provoquent une absorption intestinale plus considérable (sténose intestinale, stase fécale), et celles dans lesquelles la cellule hépatique est altérée fonctionnellement ou organiquement. Mais, en réalité, il y a souvent coopération de deux de ces facteurs ou même des trois. GEORGES THIBIERGE.

S. MIWA et W. STŒLTZNER. Ist das Iod ein Bestandtheil jeder normalen Schilddrüse (L'iode existe-t-il constamment dans le corps thyroïde normal ?) (*Jahrb. f. Kinderh.*, *XLV*, *p. 83*).

La thyroïodine paraissant être le principe actif du corps thyroïde, tout corps thyroïde normal devrait forcément renfermer de l'iode. Cependant surtout chez l'enfant, il n'est pas rare de ne rencontrer, à l'analyse du corps thyroïde, aucune trace d'iode. Cette absence est la règle chez le nouveau-né, même très bien portant. Afin de rechercher si par hasard l'ensemble des tissus ne renfermait pas à la naissance une provision d'iode, M. et J. ont analysé des œufs de poulet. Ceux-ci ne renfermant pas d'iode ne sauraient en fournir à l'embryon. L'iode ne semble donc pas la condition essentielle de l'activité du corps thyroïde, sinon le myxœdème deviendrait la règle chez l'enfant. Il est plus probable que le corps thyroïde emmagasine peu à peu l'iode des aliments. Chez les chiens nourris exclusivement de viande on voit la quantité d'iode du corps thyroïde diminuer beaucoup et même disparaître. Ces chiens ne présentent aucun trouble spécial. A. F. PLICQUE.

E. GLEY. Présence de l'iode dans les glandules parathyroïdes (*C. R. Acad. des Sc.*, *2 août 1897*).

Depuis que divers expérimentateurs ont vu les animaux privés des diverses glandules parathyroïdes présenter les accidents considérés jusqu'alors comme dépendant de l'ablation de la glande thyroïde, la question s'est posée de savoir si la fonction thyroïdienne appartient bien en propre à la glande thyroïde, ou si elle ne doit pas être rapportée tout entière aux glandules dites *parathyroïdes*. D'autre part, depuis que Baumann a découvert dans la glande thyroïde une combinaison organique riche en iode, l'*iodothyrine*, on a été amené à considérer celle-ci comme le seul principe actif de la glande. C'est pourquoi l'auteur a pensé qu'il était

important de rechercher si cette substance se trouve dans les glandules parathyroïdes. Or, il a toujours trouvé dans ces glandules, chez le lapin et chez le chien, une quantité d'iode plus grande que dans la thyroïde même. Il en conclut que, si la sécrétion de la glande thyroïde doit être caractérisée par la présence de l'iode, les glandules parathyroïdes font partie du système d'organes qu'il est permis d'appeler *thyroïdiens*. Reste à déterminer exactement l'importance relative des glandules et de la glande. M. DUVAL.

Marcel LABBÉ et Henri LABBÉ. Du chimisme gastrique normal chez les nourrissons : ses modifications dans le rachitisme et au cours des entérites (*Revue des maladies de l'enf., sept. 1897*).

Les recherches ont porté sur une série d'enfants sains âgés de 9 jours à 27 mois, sur une série de malades de 1 à 23 mois. Le repas d'épreuve consistait en 50 grammes de lait de femme jusqu'à 1 an, en 100 grammes au-dessus d'un an. Les résultats ont été très inconstants et ne permettent que de donner des conclusions très réservées.

Le suc gastrique normal des enfants au-dessous de 2 ans est toujours dépourvu d'acide chlorhydrique libre, pendant la digestion. Les chlorures fixes existent en proportion assez fixe chez les nourrissons, augmentent pendant les premiers mois, puis décroissent à partir d'un an. Le chlore combiné aux principes organiques et le chlore libre augmentent progressivement avec l'âge. L'acidité totale, faible chez le nouveau-né, augmente très vite pendant quelques mois, puis lentement, en parallèle avec le chlore combiné organique. Le rapport est inférieur à l'unité chez le nouveau-né, s'élève rapidement pendant les premiers mois, le dépasse pendant les deux premières années, puis baisse.

Chez le rachitique on trouve 1° augmentation du chlore combiné aux principes minéraux : 2° diminution du chlore combiné aux principes organiques ; 3° augmentation de l'acidité totale ; 4° apparition précoce de l'acide chlorhydrique libre.

Chez les nouveau-nés atteints de diarrhée, le chimisme est très variable. Le plus souvent il y a diminution du chlore combiné aux principes organiques et de l'acidité totale ; précocité de l'apparition de HCl libre. H. L.

GIURANNA. Recherches chimiques et cliniques sur la méthode de Reale pour l'analyse qualitative et quantitative de l'albumine (*Rivista clin. e terap., sept. 1897*).

La méthode de Reale consiste à additionner 5 à 6 cc. d'urine limpide ou rendue telle, d'un fragment d'acide trichloracétique (gros comme un pois); on facilite sa dissolution en renversant plusieurs fois l'éprouvette et on soumet celle-ci à la flamme. La coagulation de l'albumine commence à froid et augmente sous l'influence de la chaleur. Au bout d'un quart d'heure toute l'albumine est déposée sous forme de flocons très ténus. Ce procédé est supérieur à celui qui consiste à employer l'acide trichloracétique à froid.

Giuranna a constaté que la méthode de Reale est plus sensible que toutes celles qui ont été employées jusqu'ici.

D'après Giuranna, il est probable que beaucoup de cas qualifiés œdèmes sans albuminurie sont, en réalité, des cas d'albuminurie qui ont échappé aux procédés habituels de recherche de l'albumine. G. LYON.

W. JEROME. The formation of uric acid in man and the influence of diet on its daily out put (excrétion quotidienne) (*The Journ. of phys., XXII, p. 146*).

L'ancienne hypothèse que l'acide urique serait le résultat d'un arrêt dans l'oxydation des albuminoïdes, qui ne serait pas poussée jusqu'à l'urée, a fait place à une autre doctrine d'après laquelle l'acide urique aurait une autre source que l'urée et proviendrait des nucléoalbumines, comprenant le groupe alloxur (alloxane-urée). L'auteur, par des déterminations quotidiennes de l'acide urique urinaire comparé au régime, constate que les variations d'acide urique excrété suivent les quantités de corps nucléiniques (alloxur) introduits dans le régime alimentaire. Il y a cependant d'autres causes qui font varier la quantité d'acide urique. Dans le cas de jeûne prolongé, l'acide urique provient de la désintégration des éléments nucléiniques de l'organisme. DASTRE.

F. FRAMM. Untersuchungen über die Specifische Drehung der B.-Glutin (*Arch. f. die ges. Phys., LXVII, p. 144*).

La B. Glutin est obtenue en traitant la gélatine pure du commerce par 2 à 3 parties d'eau et en la maintenant, 3-4 jours au bain-marie dans la marmite de Papin jusqu'à ce que la substance ait perdu la propriété de se gélifier. Purifiée par précipitation dans l'alcool, lavage à l'éther, cette substance est réduite en poudre. Dissoute dans l'eau, elle donne une rotation spécifique de $[D]_D = -130°,18'$ à $15°,5$. Cette rotation diminue à mesure que la température s'élève : elle reste la même par l'addition d'ammoniaque. L'auteur a étudié l'influence exercée par l'addition de différentes substances à la glutine. On constate que le pouvoir rotatoire s'abaisse à mesure que la dilution augmente. Abaissement passager sous l'influence des chlorures alcalins, sous l'influence des nitrates alcalins ; pas de changement produit par les sulfates. Abaissement par les acides, variant avec la nature de l'acide et s'exagérant quand la température s'élève. A égalité de teneur en chlore, l'action de l'acide chlorhydrique est égale à celle du chlorure alcalin. Cet abaissement est définitif tandis que tout à l'heure il n'était que passager. Les solutions ammoniacales fortes diminuent le pouvoir rotatoire : la lessive de potasse agit plus énergiquement à cet égard que la lessive de soude. Cette action s'exagère avec le temps. L'effet est persistant. DASTRE.

P. GRUETZNER. Die Caseinausfällung, ein einfacher Mittel um die Acidität von Säuren zu bestimmen (La précipitation de la caséine comme moyen de déterminer l'acidité des acides) (*Arch. f. die ges. Phys., LXVIII, p. 168*).

L'auteur a entrepris des études méthodiques sur la précipitation de la caseine du lait par les acides. Uffelmann (1882) a étudié à cet égard l'acide chlorhydrique et l'acide lactique. Dans 10 centimètres cubes d'acide chlor-

hydrique à 2/1000 on ajoute du lait frais par petites portions de 1/2 centimètre cube. On voit chaque fois se former une apparence gris jaunâtre, jusqu'au moment où l'on a versé 7 centimètres cubes ; aussitôt après, le précipité commence à apparaître sous forme de poudre fine ; à 8 centimètres cubes le précipité est floconneux et présente l'apparence blanchâtre du fromage. Si, au début, après l'addition de 7^{cc},5 de lait on ajoute 5 centimètres cubes de la solution chlorhydrique, le précipité disparaît aussitôt. Avec l'acide lactique à 2/1000 la précipitation commence lorsque l'on a ajouté aux 10 centimètres cubes, 1^{cc}8 de lait. Grützner compare des quantités équivalentes d'autres acides. La coagulation du lait dans les mêmes circonstances, se produit avec l'acide chlorhydrique et l'acide lactique après 35 minutes ; elle exige 55 minutes avec l'acide azotique ; 65 avec l'acide sulfurique ; 75 avec l'acide acétique ; 150 avec l'acide phosphorique.

L'auteur emploie les acides en solution *viginti-normale* (1/20 solution normale). Il verse le lait d'une pipette par gouttes, et agite à mesure. Les flocons formés se redissolvent et la solution garde l'aspect de lait très étendu. A un certain moment l'aspect change : les flocons persistent et la liqueur se clarifie, c'est le commencement de la précipitation de la caséine ; c'est un point de repère. Il faut des quantités variables de lait pour atteindre ce point lorsqu'on opère sur diverses solutions équimoléculaires. On constate que les acides les plus énergiques, ceux qui ont le plus haut coefficient d'avidité exigent beaucoup plus de lait pour commencer à précipiter la caséine ; ils précipitent donc beaucoup plus de caséine que les acides faibles ; il n'y a d'anomalie que pour l'acide lactique relativement à l'acide phosphorique, et pour les acides chloracétiques. DASTRE.

I. — DASTRE et FLORESCO. Contribution à l'étude de la bilirubine et de sa transformation en biliverdine (*Arch. de physol., IX, p. 475, 1897*).

II. — Les mêmes. Sur les pigments biliaires (*Ibid., p. 725*).

III. — Les mêmes. Origine dans la bile des pigments biliaires biliprasiniques, jaune et vert (*Ibid., p. 737*).

1. La bilirubine (acide bilirubinique, pigment jaune, rouge, pigment fondamental) n'existe pas dans la bile à l'état de nature, en général ; mais seulement à l'état de combinaison sodique, bilirubinate neutre. La bile est, à cet égard une solution de bilirubinate de sodium dans les carbonates alcalins.

2. Le second pigment principal (pigment vert, acide biliverdinique) est à peu près dans le même cas.

3. Les solutions de bilirubinates absorbent l'oxygène de l'air pour devenir biliverdinates.

4. Les solutions neutres de bilirubinates sont jaune paille ; les solutions alcalines peuvent être jaunes ou rouges.

5. Il existe dans la bile normale de la vésicule deux autres pigments nouveaux, pigments biliprasiniques. L'un est un pigment jaune brun (biliprasinate de soude) ; il se distingue du bilirubinate en ce que le courant de CO^2 le change en vert ; de même l'acide acétique ; il se décolore par le vide et la lumière. Il verdit à l'air. Ce pigment existe dans les biles jaunes

Le second pigment biliprasinique est vert. Il est acide (biliprasine) ; il se distingue des biliverdinates en ce que l'addition de quelques gouttes d'alcali le fait virer au jaune (biliprasinate) ; l'action du vide le fait virer au jaune (bilirubinate). C'est le pigment ordinaire des biles vertes.

6. Ces pigments sont intermédiaires entre la bilirubine et la biliverdine, au point de vue de l'oxydation et de l'hydratation. Ils forment une étape sur la voie de transformation de la bilirubine en biliverdine. Cette transformation dépend de 4 facteurs : l'oxygène qui est indispensable ; la lumière qui favorise extrêmement le changement du bilirubinate en biliprasinate et presque autant du biliprasinate en biliverdinate ; la chaleur qui agit de même ; l'alcalinité qui est une cause de stabilité.

7. Il est possible que l'oxydation avec hydratation du pigment originel fondamental, la bilirubine, commence dès la cellule hépatique et les canaux biliaires ; dans tous les cas elle se poursuit dans la vésicule. Or, les conditions artificielles de cette transformatien (oxygène, lumière, chaleur), n'y sont pas réalisées. De là l'hypothèse d'un agent ou condition d'oxydation particulier (oxydase hépatique). DASTRE.

L. CHARRIER. La potasse urinaire dans les néphrites (*Thèse de Paris, 1897*).

La quantité de chlorure de potassium éliminée en 24 heures par 3 hommes sains a été, d'après les analyses de l'auteur, de 4 grammes, $2^{gr},947$ et $2^{gr},748$.

Chez des brightiques non soumis au régime lacté exclusif, la quantité de KCl s'est abaissée à 2 grammes, $1^{gr},71$, $1^{gr},06$ et même à $0^{gr},47$. Chez les bronchitiques soumis au régime lacté exclusif la quantité de KCl s'abaissait seulement à $2^{gr},89$, $2^{gr},70$, $1^{gr},88$. Comme les autres matières minérales s'éliminent à peu près normalement chez les brightiques, on peut dire qu'il y a chez eux diminution du rapport potassico-minéral (1/11, 1/13 ou 1/14 au lieu de 1/4 ou 1/6).

La potasse non éliminée par l'urine, chez un brightique, a été trouvée dans les matières vomies. Le régime lacté peut amener des décharges potassiques, et alors le rapport potassico-minéral augmente.

La quantité des phosphates éliminés étant proportionnelle à celle de la potasse, on pourrait peut-être se contenter de doser les phosphates, car leur dosage est facile.

Il faut interdire aux brightiques les aliments riches en potasse et les potassiques médicamenteux. L. GAILLARD.

S. WATJOFF. Ueber den Fettgehalt des Blutes bei Nierenkrankheiten (La proportion de graisse dans le sang des néphritiques) (*Deutsche med. Woch., p. 559, 26 août 1897*).

Des deux méthodes qui permettent d'évaluer la teneur en graisse du sang : la méthode clinique et la méthode microscopique, W. a choisi la seconde pour étudier les modifications qui se produisent dans le sang des malades atteints de néphrite. Le sang recueilli avec précaution sur une lamelle de verre est desséché, puis coloré par un séjour de 24 heures dans la solution d'acide osmique à 5 0/0 : à l'état normal, le résultat des

observations faites sur les personnes donne une proportion de 1,2 à 2,2 gouttelettes de graisse par champ visuel. Chez les malades atteints de néphrites chroniques la proportion est constamment plus forte et peut aller au triple de l'état normal; sur 30 malades, le chiffre moyen le plus bas a été 0,8 et le plus élevé 12; le chiffre le plus fort dans un champ visuel a été de 40, inférieur toutefois au chiffre noté par Gumprecht dans un cas de lipémie. Cette proportion de la graisse dans le sang des néphritiques ne dépasse pas les limites des variations physiologiques qui s'observent sous l'influence d'une alimentation riche en graisse. H. DE BRINON.

CARRON DE LA CARRIÈRE et MOUFET. Étude sur l'urine normale de l'enfant (*Presse méd., 21 juill. 1897*).

Les recherches ont porté sur 54 enfants divisés en 3 groupes : 1° de 15 mois à 5 ans ; 2° de 5 à 10 ; 3° de 10 à 15. Le volume a été en 24 heures par kilogr. corporel, respectivement 29cc6, 27,6 et 28,7 ; chez l'adulte il varie de 18 à 21 ; densité moyenne 10,22, acidité 0,051, 0,045, 0,038 (adulte 0,030). Un kilogramme d'enfant travaille un poids de substances bien plus élevé qu'un kilogramme d'adulte ; la nutrition azotée de la cellule infantile est plus active d'un tiers environ que celle de l'adulte ; et tandis que chez l'homme le déchet azoté est de 15 0/0, chez l'enfant il n'atteint que 10 0/0. La nutrition minérale offre des différences bien plus marquées, la cellule infantile est beaucoup plus fortement minéralisée que celle de l'adulte.

En somme, chez l'enfant, tous les phénomènes de nutrition sont bien plus actifs que chez l'adulte, et le maximum est de 5 à 10 ans ; les rapports des divers éléments entre eux, et principalement le rapport azoturique, subissent un relèvement très sensible. H. L.

N.-Z. OUMIKOFF. La diazo-réaction dans l'urine des nourrissons (*Vratch, nos 39-40, 1897*).

Chez le nourrisson sain, on n'obtient jamais la diazo-réaction d'Ehrlich ; elle ne s'observe que dans certaines maladies de la première enfance, de même que chez les adultes. L'état fébrile n'a aucune influence sur cette réaction. L'auteur a vu que la diazo-réaction fait défaut dans les affections suivantes : pneumonie catarrhale aiguë ou chronique, diphtérie, varioloïde, otites, coryza, eczéma, lymphadénites, syphilis congénitale, laryngites, bronchites, pleurésies, entérites, érythèmes de la sérothérapie. Par contre, l'érysipèle et la rougeole s'accompagnent toujours de la diazo-réaction qui est d'autant plus prononcée que l'affection est plus grave. Cependant, un ou deux jours avant la mort, on peut trouver la diazo-réaction dans l'urine de tous les malades, quelle que soit l'affection causale. La diazo-réaction peut donc servir comme élément de pronostic, avec cette restriction que dans la rougeole elle s'observe même dans la phase prodromique. H. FRENKEL.

Jules AMANN. Nouvelle méthode de recherche de l'indican dans l'urine (*Revue méd. Suisse romande, p. 448, juin 1897*).

Brunner ayant montré l'action oxydante énergique des persulfates alcalins sur les matières organiques, par dégagement d'ozone, Amann a eu l'idée d'utiliser ces sels pour la recherche de l'indican dans l'urine. Le nouveau procédé, qui élimine complètement les chances de suroxydation, est d'une sensibilité très supérieure à celle de la réaction par les hypochlorites et hypobromites.

A 20 centimètres cubes d'urine, on ajoute quelques gouttes d'acide sulfurique pur et 5 centimètres cubes de chloroforme, puis 5 centimètres cubes d'une solution aqueuse de persulfate de sodium au 1/10. On agite, en retournant le tube, pendant quelques minutes, de manière à diviser le chloroforme sans l'émulsionner. On laisse reposer. L'indigo formé est dissous dans le chloroforme et le colore en bleu. La quantité relative d'indigo peut être fixée par comparaison colorimétrique avec des solutions titrées de ce corps.

Les persulfates produisent aussi les mêmes pigments rouges et violets que les hyperchlorites, par oxydation du scatoxyle. Ces substances colorantes (urrhodine, etc.), très peu solubles dans le chloroforme, colorent la couche liquide au-dessus de ce dernier. L'intensité variable de cette coloration permet de se rendre compte approximativement de la quantité de scatol contenu dans l'urine.

Enfin, les persulfates alcalins ne précipitant pas l'albumine, celle-ci n'a pas besoin d'être éliminée de l'urine albumineuse, ce qui est un autre avantage sur les hypochlorites. J. B.

S. EHRMANN. Untersuchungen über das melanotische Pigment und die pigmentbildenden Zellen des Menschen und der Wirbelthiere..... (*Bibliotheca medica, 1896, et Berlin. klin. Woch., p. 567, 1897*).

La formation du pigment s'effectue dans les mélanoblastes, cellules spéciales, différentes à la fois des cellules conjonctives, des leucocytes et des cellules épidermiques. Ces mélanoblastes sont les dérivés du feuillet moyen du blastoderme, mais pour une part, elles se développent indépendamment, pénètrent dans l'épiderme et y mènent une existence de cellules indépendantes. Les mélanoblastes prennent naissance à la limite entre les feuillets blastodermiques externe et moyen. Le matériel nécessaire à l'élaboration du pigment mélanique provient du sang et est l'hémoglobine. La production de ce pigment aux dépens d'éléments constituants du noyau ou par transformation d'éléments morphologiques incolores du protoplasma n'est pas plus prouvé que la formation extra-cellulaire du même pigment. Ce qui est décrit, à la suite d'hémorragies, comme pigment jaune doré, extra-cellulaire, n'est pas autre chose que des blocs hématiques. Il est absolument certain qu'il n'existe de pigment mélanique extra-cellulaire véritable que par destruction des cellules pigmentaires. Le transport du pigment s'opère à l'aide du courant protoplasmatique et des filaments de protoplasma qui unissent les mélanoblastes aux cellules

épithéliales. Peu après sa production, le pigment est un corps dissous dans une substance incolore demi-visqueuse. J. B.

François GUIRAUD. Le lait de femme à l'état physiologique (*Thèse de Bordeaux, 1897*).

L'auteur a eu le mérite important de fixer par des analyses nombreuses et quelquefois à l'aide de procédés nouveaux la composition moyenne du lait de femme, les chiffres donnés par les auteurs étant absolument discordants.

Dans une deuxième partie, G. montre que de tous les états physiologiques : âge de la nourrice, grossesses antérieures, constitution, volume des seins, un seul, l'âge du lait, a quelque influence sur sa composition.

Enfin la troisième partie est consacrée à la clinique et renferme l'étude de points intéressants : influence inconstante de la menstruation sur la lactation, production de diarrhées par richesse exagérée du lait en beurre, nécessité absolue de faire l'analyse du lait en présence de troubles inexpliqués de l'enfant. A. DONNADIEU.

A.-B. MACALLUM. A new method of distinguishing between organic and inorganic compounds of iron (*The Journ. of phys., XXII, p. 92*).

Les composés organiques du fer sont beaucoup plus répandus dans les organismes animaux et végétaux qu'on ne le supposait autrefois. Les chromatines ont une extrême importance dans la vie des cellules. Il faut distinguer deux espèces de composés ferrugineux : les composés minéraux et les albuminates d'une part ; les véritables composés organiques d'autre part. Bunge a distingué ces derniers en ce que le sulfhydrate d'ammoniaque à chaud n'y donne que très lentement un précipité de sulfure de fer ; et de même que le ferrocyanure de potassium acidifié par l'acide chlorhydrique n'y fait apparaître que lentement la réaction du bleu de Prusse. Enfin, l'acide chlorhydrique extrait le fer des composés minéraux et des albuminates et laisse celui des autres composés organiques. Ce seraient ces derniers seuls qui absorbés pourraient prendre la forme d'hémoglobine.

La ferratine de Marfori et Schmiedeberg, la carniferrine, ne peuvent être démontrées être des composés organiques du fer par les réactions précédentes. Il en est de même pour le fer qui existe dans le foie et la rate du fœtus, dans les villosités placentaires du lapin, du chat et de l'homme ; dans le foie, la rate et le rein des vertébrés adultes.

L'auteur propose un autre procédé, l'hématoxyline. Il faut l'employer absolument pure en solution à 5 pour 1000, de couleur jaune brun passant au violet ou au rouge s'il y a des alcalis ou des terres alcalines. Mêlées à un sel de fer, ces solutions deviennent bleu noir. Si le composé de fer est organique, l'hématoxyline n'est pas altérée. On emploie cette réaction pour préparer des coupes de tissu durci. On a trouvé ainsi que le fer existe à l'état minéral dans les villosités choriales et placentaires, dans le foie fœtal, dans la rate, dans le placenta du chat, du lapin et du cobaye. La ferratine artificielle est un composé inorganique, comme la carniferrine, les peptonates et les albuminates de fer. DASTRE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

SMITH et WAHSBOURN. Infective tumours in the genitals of dogs (*The Lancet, p. 1025, 10 avril 1897*).

Un chien atteint d'une tumeur du pénis couvre 12 chiennes et en contamine 11. Trois de ces dernières sont couvertes par un second chien sur le pénis duquel se développe une tumeur. Ce second chien infecté couvre deux chiennes, dont une fut bientôt atteinte d'une tumeur de la paroi vaginale. Enfin, une inoculation artificielle fut faite sur le pénis d'un chien, et une tumeur se développa, semblable aux précédentes.

Ces tumeurs forment des masses lobulées, volumineuses, peu profondément adhérentes ; dans 2 cas, elles avaient envahi la paroi musculaire du vagin et une fois, les ganglions inguinaux. Toutes ces tumeurs avaient une structure semblable, apparemment identique au sarcome observé chez l'espèce humaine. On n'a point noté de tendance à la guérison spontanée, ni de récidive après l'ablation. L'inoculation au lapin ou au cochon d'Inde échoua. Ces tumeurs semblent de la même nature que celles décrites par Geissler, Duplay et Cazin, dans leur étude sur la nature infectieuse du cancer.

P. MAUBRAC.

C. REGAUD et F. BARJON. Anatomie pathologique du système lymphatique dans la sphère des néoplasmes malins (*In-8°, Paris, 1897*).

Les tumeurs fraîches ont été traitées par injection interstitielle du mélange picro-osmio-argentique de Renaut. Dans les tumeurs malignes, il y a néoformation de vaisseaux sanguins, mais il n'y a jamais de vaisseaux lymphatiques néoformés. Lorsqu'un organe devient le siège d'un néoplasme malin, les lymphatiques préexistants disparaissent par oblitération graduelle. En général, il n'y a donc pas de communication entre les alvéoles cancéreux et les lymphatiques; la pénétration des éléments cancéreux dans les vaisseaux lymphatiques est accidentelle. L'extension des néoplasmes malins se fait de proche en proche par l'envahissement des espaces conjonctifs.

Les canaux lymphatiques intermédiaires entre les tumeurs et les ganglions secondairement infectés sont sains le plus souvent. On doit distinguer trois variétés d'adénopathie cancéreuse : *a*) précancéreuse; *b*) cancéreuse vraie; *c*) inflammatoire, par infection secondaire. L'engorgement précancéreux consiste dans l'hyperplasie de la substance folliculaire, l'oblitération du réseau caverneux et l'épaississement de la charpente conjonctive. L'envahissement cancéreux du ganglion se fait par les lymphatiques afférents (dans un cas des auteurs, par la voie rétrograde). Il est dû au transport des cellules cancéreuses venues du néoplasme primitif.

H. VINCENT.

W. GEBHARDT. Ueber zwei von Protozoen..... (Sur deux tumeurs du pylore produites chez la grenouille par des protozoaires) (*Arch. f. pathol. Anat., CXLVII, 3*).

Gebhardt décrit deux tumeurs du pylore qu'il avait trouvées sur deux grenouilles et qui étaient déterminées par des protozoaires. Les tumeurs étaient épithéliales et logeaient des protozoaires appartenant au groupe des coccidés. Ces protozoaires se reproduisent : 1° par des spores nues pouvant infecter ultérieurement l'hôte, et 2° par des spores encapsulées qui sont éliminées par le tube digestif. Pendant une bonne période du développement, ces protozoaires présentent des mouvements très actifs.

ÉD. RETTERER.

RIBBERT. Ueber das Melanosarkom (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat., XXI, p. 471*).

L'auteur démontre que dans le mélanosarcome de l'œil, les tumeurs primitives ou secondaires sont toujours formées par des éléments identiques aux cellules pigmentées de la choroïde, qui sont, par suite, l'élément caractéristique de ces tumeurs. Elle n'emprunte aux tissus où elle se développe que des vaisseaux; la croissance de ces tumeurs se fait en repoussant les éléments du tissu de la région à mesure que les cellules de la tumeur se multiplient. Les métastases ont lieu par la multiplication de cellules pigmentaires détachées. L'auteur montre ensuite l'analogie complète qu'il y a entre ces sarcomes mélaniques de l'œil et les sarcomes mélaniques de la peau, qui partent avant tout des verrues pigmentées de la peau. Les mélanomes prennent donc tous naissance par prolifération d'une cellule caractéristique, ce sont des tumeurs à cellules pigmentées.

C. LUZET.

Max BORST. Ueber Melanose des Pericardiums (*Arch. f. path. Anat., CXLVII, 3*).

Borst décrit deux cas de mélanose observés sur des sujets tuberculeux et affectant le feuillet pariétal du péricarde. Les cellules endothéliales étaient remplies de corpuscules foncés et arrondis. Le noyau était libre de pigment. Des considérations anatomiques et surtout les réactions chimiques semblent montrer que le pigment provient de l'hémoglobine du sang. A la suite d'une hémorragie intra-péricardique, les cellules endothéliales auraient commencé par résorber le sang épanché.

ÉD. RETTERER.

KUEHNAU. Ueber das Verhalten des Stoffwechsels..... (De l'état de la nutrition et des globules blancs du sang dans la dissolution du sang) (*Deut. Arch. f. klin. Med., LVIII, p. 339*).

La dissolution du sang (maladies infectieuses, intoxication par poisons hémolytiques) provoque une leucocytose considérable et des altérations des échanges nutritifs, savoir : *a*) augmentation de la sécrétion d'acide urique et de xanthine; *b*) augmentation au début de la perte en phosphore, puis diminution; *c*) augmentation de l'excrétion du chlore; *d*) balancement entre l'excrétion du phosphore et celle du chlore; l'un aug-

mente quand l'autre diminue. L'augmentation des corps alloxuriques est causée par la destruction des globules blancs, vraisemblablement aussi d'autres éléments nucléés, très peu par les albumines contenant de la nucléine provenant des globules rouges détruits. Cette substance provient surtout du plasma. La quantité d'acide urique s'élève suivant la teneur du sang en leucocytes. La leucocytose dans la dissolution du sang est le résultat de trois composantes : *a*) l'action directe du poison hémolytique; *b*) le résultat de la mise en liberté de substances chimiques par destruction des éléments cellulaires du sang (nucléines surtout); *c*) présence dans le sang de restes de globules rouges détruits. La leucocytose produite par l'injection dans le sang d'éléments corpusculaires est une pure phagocytose et ne produit aucune destruction notable des leucocytes. L'augmentation de destruction leucocytaire dans le sang des maladies infectieuses est un effet des substances tuant les leucocytes.

C. LUZET.

RIBBERT. Beiträge zur pathol. Anat..... (Sur l'anatomie pathologique du cœur) (*Arch. f. pathol. Anat., CXLVII, 2*).

Ribbert confirme les faits aujourd'hui admis généralement au sujet de la vascularisation des valvules du cœur : les valvules semi-lunaires sont privées de vaisseaux et les valvules auriculo-ventriculaires ne possèdent normalement des vaisseaux que dans leur portion basale. Chaque fois que la vascularisation est plus étendue, elle est le résultat de l'endocardite.

Ribbert a trouvé de plus que les saillies constituées par l'*endocarditis verrucosa* peuvent se vasculariser elles-mêmes. Ce sont le plus souvent des vaisseaux réduits à leur revêtement endothélial, c'est-à-dire des capillaires. Il en va de même des premiers vaisseaux qui se développent à la base d'une valvule, mais, plus tard, en s'étendant et se ramifiant, ces premiers capillaires se transforment peu à peu en vaisseaux pourvus d'une tunique musculaire et d'une élastique.

La dégénérescence graisseuse partielle du myocarde est liée à la répartition des vaisseaux sanguins; les points ou taches *dégénérés* se montrent complètement privés de vaisseaux sanguins.

Quant aux *taches tendinoïdes* qu'on rencontre sur l'épicarde (feuillet viscéral de l'endocarde), elles paraissent prendre naissance de la façon suivante : ce sont, au début, des proliférations circonscrites de la séreuse; peu à peu elles s'étendent en forme de champignon, par le fait qu'à leur périphérie, les cellules continuent à se diviser et à former du tissu conjonctif jeune, alors que les parties plus centrales subissent l'évolution fibreuse. Quand deux taches tendinoïdes arrivent à se rencontrer, elles s'anastomosent entre elles.

On ignore les conditions de leur genèse; mais il est à noter qu'elles occupent des régions déterminées et qu'on les rencontre parfois chez le nouveau-né.

ÉD. RETTERER.

G. SCAGLIOSI. Ueber die Veränderungen..... (Sur les altérations du myocarde dans la diphtérie) (*Arch. f. pathol. Anat., CXLVI, 1*).

Dans quatre cas de diphtérie, Scagliosi trouva que les fibres musculaires du cœur étaient atteintes de dégénérescence granuleuse ou cireuse. Les lieux de prédilection étaient : 1° les colonnes charnues et 2° les fibres sous-jacentes à l'endocarde. Les toxines diphtéritiques qui sont amenées par le sang au cœur y produiraient donc essentiellement une inflammation parenchymateuse. En effet, le tissu conjonctif interstitiel était à peine plus riche en petites cellules que le myocarde des enfants du même âge, non atteints de diphtérie. ÉD. RETTERER.

TEDESCHI. Anat. exper. Beitrag zum Studium der Regeneration..... (De la régénération du tissu du système nerveux central) (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat., XXI, p. 43*).

Dans les blessures, la cautérisation, l'introduction de corps étrangers, le tissu cérébral subit une altération qui présente tous les signes de la dégénérescence et en partie de la nécrose. Au voisinage on note la prolifération des cellules névrogliques, des endothéliums vasculaires et des cellules ganglionnaires. La prolifération de l'endothélium vasculaire produit de nouveaux vaisseaux, irriguant le tissu névroglique néoformé. Les formes karyokinétiques des cellules ganglionnaires se terminent souvent par la prolifération. Dans quelques cellules nerveuses on trouve une ordination anormale de la substance chromatique des noyaux ne répondant à aucun stade de la division et qui semble une phase de la destruction de l'élément, à côté de formes nettes de division cellulaire. Autour des corps étrangers, le tissu cicatriciel est de la névroglie néoformée contenant quelques rares cellules nerveuses et un nombre modéré de fibres nerveuses. Ces cellules sont néoformées, car autour d'elles on trouve des cellules dégénérées, et les cellules récentes sont disposées irrégulièrement par rapport aux cellules préexistantes. On en peut même voir au contact immédiat des corps étrangers. Jamais l'auteur n'a vu les cellules lymphatiques prendre part au processus. Autour des foyers de ramollissement, la cicatrice est analogue à ce qu'on note autour des corps étrangers. Les fibres nerveuses dans les foyers de ramollissement, au voisinage des corps étrangers et des destructions étendues, présentent des phénomènes de dégénération grave. Après un temps plus ou moins long, on trouve dans les cicatrices, qui sont en majeure partie névrogliques, des fibres nerveuses à myéline, normales. L'auteur n'a pu déterminer si ce sont des prolongements des fibres et cellules préexistantes ou des cellules néoformées. Somme toute, la majeure partie de la reconstitution des lésions cérébrales revient à la névroglie. La cicatrice des lésions, intéressant les méninges et le cerveau, consiste à la surface seulement en tissu conjonctif au-dessous duquel se trouve une zone intermédiaire, formée de tissu conjonctif avec mélange de cellules névrogliques. C. LUZET.

BORST. Zur path. Anat. und Pathog. der Multiplen Sklerose..... (Anatomie pathologique et pathogénie des scléroses multiples du cerveau et de la moelle) (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat., XXI, p. 308*).

Ce qui frappe dans le cas de Borst ce sont les altérations considérables des vaisseaux ; on trouvait des parois vasculaires puissamment épaissies avec çà et là de considérables augmentations des noyaux et abondante émigration des cellules rondes et enfin des rétrécissements et des oblitérations de la lumière des vaisseaux. Les hémorragies capillaires étaient nombreuses et on voyait des hémorragies disséquantes autour des vaisseaux cérébraux. Dans la plupart des grands foyers on pouvait retrouver le vaisseau correspondant épaissi, rétréci et presque oblitéré. Les premières altérations microscopiques étaient disposées en plaques périvasculaires et en relation avec le système vasculaire, très nombreuses et visibles à l'œil nu dans le cerveau et la moelle allongée. Il faut aussi noter les troubles de la circulation lymphatique: oblitération des gaines lymphatiques, d'où paraissait provenir par stase lymphatique l'ouverture des autres espaces. Jamais l'auteur n'a vu autour d'un même vaisseau les deux espaces adventitiel et périvasculaire dilatés en même temps. Si l'adventitiel était oblitéré, l'espace périvasculaire était dilaté et souvent perforé par la pression de la lymphe stagnante. C. LUZET.

NEHRKORN. Ein Fall von meningealer Perlgeschwulst (Un cas de tumeur perlée méningée) (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat., XXI, p. 73*).

Homme de 44 ans, entré à l'hôpital sous le diagnostic de démence paralytique. L'affection présente une marche rapide. A l'autopsie : méningite chronique; atrophie des circonvolutions, cholestéatomes du pont, de la moelle allongée, du lobe temporal. Pneumonie au début.

La tumeur est formée, au point de vue microscopique, de perles de grosseurs variées, depuis celles des cellules épithéloïdes à celle d'un grain de millet et plus. Elles sont constituées à la périphérie de faisceaux conjonctifs comprimés. Plus en dedans, il existe des couches où les cellules sont moins comprimées et plus ou moins polygonales. Au centre, une zone homogène qui semble formée des résidus des cellules, dont les plus centrales présentent souvent des indices d'atrophie du noyau. C. LUZET.

Gilbert BALLET. Étude histologique de la moelle et du cerveau d'un amputé (*Soc. méd. des hôp., 23 juill. 1897*).

L'étude fut faite sur un homme amputé de la cuisse droite trois ans auparavant.

Sur les coupes colorées au Pal et à l'hématoxyline on voit les lésions classiques : atrophie de la corne antérieure droite et du cordon postérieur correspondant; les cellules de la corne atrophiée sont moins nombreuses. Avec le procédé de Nissl, on ne trouve aucune différence entre les cellules de la corne atrophiée et de la corne saine ; de même aucune différence entre les cellules du lobule paracentral droit et celles du gauche. H. L.

J. RENAUT. La lésion de l'œdème aigu congestif du poumon (*Bull. de l'Acad. de méd., 11 mai 1897*).

Au milieu de lésions généralisées d'œdème vulgaire on trouve un

point où le parenchyme pulmonaire a pris la consistance d'une gelée légèrement violette, parcourue par des tractus blanchâtres réticulés. Ceux-ci sont les parois alvéolaires et les cloisons interlobulaires devenues exsangues par contre-pression. Au sein de la lésion, le poumon est privé d'air et ne surnage plus. Il en exsude un liquide albumineux, non spontanément coagulable. Sous la plèvre les lobules sont séparés par des tractus d'apparence gélatineuse.

Sur un fragment durci à l'alcool et coloré au picro-carminate d'ammoniaque on voit que la lésion consiste histologiquement en une énorme inondation séreuse des alvéoles; dans ce liquide on trouve d'innombrables globules blancs presque sans globules rouges. Par suite de la pression du liquide, sur une multitude de points les cloisons alvéolaires sont rompues en leur milieu. L'endothélium alvéolaire a disparu et il n'y a plus une bulle d'air; d'autre part les capillaires sont aplatis et imperméables au sang. Les veines pulmonaires et bronchiques sont gorgées de globules rouges, et çà et là une veinule a éclaté, distendant de sang pur un ou plusieurs alvéoles, mais à la périphérie du lobule. LEFLAIVE.

ARNSPERGER. Ueber verästelte Knochenbildung in der Lunge (Ossifications ramifiées dans le poumon) (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat.*, *XXI*, *p. 161*).

Homme de 54 ans, atteint depuis 27 ans de tabes, syphilitique, un peu alcoolique. A l'autopsie : ossification ramifiée dans les deux poumons, sous forme de tuyaux raides et d'arborisations dures dendritiques. La totalité du poumon, sauf peu d'endroits, est à divers degrés le siège de l'ossification. Le tissu pulmonaire lui-même est histologiquement peu lésé, mais les septa sont épaissis et le tissu interlobulaire est infiltré par places. Les premiers débuts de l'ossification siègent au point de confluence des septa interalvéolaires ou dans le tissu interlobulaire; ils forment suivant le mode de coupe des nodules ou des traînées. Il se produit d'abord un tissu fibrillaire contenant des capsules cartilagineuses, dont plusieurs sont rencontrées en division. Ce tissu est stratifié, ce qui indique son mode de croissance; de rares foyers montrent une croissance concentrique. L'enveloppe des foyers présente un aspect périostal. Le dépôt de sels de chaux se fait tout d'abord dans le tissu ostéoïde; les gros corps cartilagineux ronds perdent peu à peu leur forme arrondie, deviennent étoilés. Les gros foyers ont tous à leur intérieur un espace médullaire. C. LUZET.

HOFMANN. Ein Fall von angebornem..... (Un cas de manque partiel et congénital du muscle pectoral avec atrophie du membre correspondant et doigts palmés) (*Arch. f. path. Anat.*, *CXLVI*, *1*).

Il s'agit d'un homme de 47 ans dont le membre supérieur droit est plus faible que le gauche. Manque d'une portion du grand pectoral, sa portion claviculaire étant bien développée, ainsi que le petit pectoral. Le bras et l'avant-bras sont plus courts que ceux du côté gauche. Les cinq doigts existent; le pouce est le plus long; le doigt du milieu le plus court; la main a la forme d'une griffe, les dernières phalanges étant en flexion. Sur divers doigts, la phalangine est plus petite et soudée à la phalangette. Une membrane cutanée s'étend entre les premières phalanges des divers doigts à partir de l'index jusqu'à l'auriculaire. ÉD. RETTERER

Cullingwood FENWICK. A case of gastric ulcer perforating into the pericardium (*The Lancet, p. 388, 14 août 1897*).

Un homme de 55 ans qui n'avait jamais eu ni vomissement ni aucun signe indiquant une affection de l'estomac, est pris à la fin d'un repas de palpitation, de douleurs épigastriques. Il se lève de table, fait quelques pas, puis s'asseoit et, en moins d'une minute meurt.

A l'autopsie on trouve dans le péricarde des matières alimentaires provenant du dernier repas : sur la face inférieure du péricarde est une petite ouverture par laquelle on fait pénétrer une sonde volumineuse, à travers le diaphragme, jusque dans la cavité abdominale. La surface antérieure de l'estomac adhérait au diaphragme, et on trouve, en ouvrant le viscère, un ulcère chronique des dimensions d'une pièce de un franc, avec bords indurés, et situé vers le centre de la petite courbure : de la base de l'ulcère partait un trajet fistuleux qui aboutissait dans le péricarde. P. MAUBRAC.

J. CASTAIGNE. De l'élimination du pigment noir dans la maladie bronzée (*Soc. anat. de Paris, p. 511, juin 1897*).

Sur des coupes de ganglions lymphatiques recueillis à l'autopsie d'un addisonien (ganglions du creux poplité, aine, aisselle, épitrochlée), Castaigne a constaté l'existence de deux pigments, l'un de couleur franchement noirâtre analogue au pigment addisonien, l'autre de couleur jaunâtre analogue au pigment ocre.

Le pigment ocre se trouve infiltré un peu partout, mais on ne le rencontre qu'exceptionnellement dans les vaisseaux. Le pigment noir, au contraire, se rencontre en grande partie dans l'intérieur même des vaisseaux, mais de plus on trouve des granulations nettement noires, en dehors des vaisseaux, en partie libres, en partie incluses dans les leucocytes : il semble que les pigments noirs amenés aux ganglions par les vaisseaux en sortent et se disséminent dans toute l'étendue du ganglion.

C. interprète l'existence dans les ganglions du pigment noir, en faveur de l'hypothèse de l'élimination de ce pigment par la circulation lymphatique, dans les cas de pigmentation très abondante. P. MAUBRAC.

R. LECONTE. Hémorragies des capsules surrénales (*Thèse de Paris, 1897*).

Dans 78 autopsies, l'auteur a constaté 7 fois des hémorragies des capsules surrénales. Les foyers étaient tantôt punctiformes, tantôt lenticulaires ; ils ne dépassaient pas le volume d'une noix.

Ces hémorragies sont surtout fréquentes chez le nouveau-né. L'auteur admet qu'elles relèvent toujours d'une toxi-infection. Elles se présentent parfois sous forme de kystes hématiques assez volumineux pour soulever la paroi abdominale ; souvent bilatéraux, ces kystes ont été ponctionnés et incisés.

Les symptômes généraux sont ceux de la maladie d'Addison.

Une femme de 29 ans portait deux kystes hématiques qui furent ouverts successivement par Cerné ; chacun contenait 3 litres de liquide ; résection partielle ; marsupialisation. Guérison de l'opérée. L. GALLIARD.

E. SCHWALBE. Mittheilung über zwei..... (Communication sur deux cas de dystopie rénale) (*Arch. f. path. Anat.*, *CXLVI*, *3*).

E. Schwalbe décrit et figure deux cas de dystopie rénale congénitale.

1° Sur un sujet de 52 ans mort de tuberculose miliaire, on ne trouva qu'un seul rein plus ou moins en fer à cheval. Le rein droit paraît manquer ; l'extrémité supérieure du gauche se trouve à sa place normale, mais son extrémité inférieure se prolonge sous la forme d'une masse lobée dépassant un peu le plan médian au devant de l'aorte et des 3e, 4e et 5e vertèbres lombaires. Il est évident que ce rein unique résulte de la soudure du rein gauche avec le rein droit, ce dernier notablement déplacé. Ce rein unique a 4 artères et 2 veines allant à la veine cave. La première artère est la rénale gauche normale qui se trouve avec la veine correspondante dans le hile de la portion supérieure. La deuxième artère va également au hile de cette portion supérieure, mais un peu plus bas que la première. Une troisième artère (venant comme les précédentes de l'aorte) va au rein droit (ext. inf. du rein unique). Celui-ci reçoit de plus une artère qui prend son origine sur l'artère iliaque primitive.

2° Le 2e cas a trait à un homme de 28 ans, dont le rein gauche était normal à tous égards, tandis que le rein droit était placé devant les 4e et 5e vertèbres lombaires presque sur la ligne médiane que son bord gauche dépassait de 1 centimètre environ. Ce rein droit est privé de hile ; l'uretère prend naissance sur sa face antérieure sur trois points différents. Le rein droit reçoit deux artères qui prennent naissance sur l'aorte au niveau de la bifurcation de celle-ci.

Ces observations sont intéressantes au point de vue anatomique et chirurgical. En effet, le rein *droit* des deux cas a conservé sa position embryonnaire, puisque, dans le développement normal, le rein, d'abord situé plus près de l'extrémité caudale, remonte du côté céphalique. D'autre part, le chirurgien ne saurait trop avoir présentes à l'esprit les anomalies du rein (changement de situation, soudure, etc). ÉD. RETTERER.

Ph.-C. CARAMANOS. Des cachexies pigmentaires et en particulier des cachexies pigmentaires diabétique et alcoolique (*Thèse de Paris*, *1897*).

Ce travail, inspiré par Letulle, est une étude consciencieuse et documentée surtout au point de vue anatomo-pathologique de l'état de nos connaissances sur les cachexies pigmentaires. L'auteur, s'appuyant sur 7 observations très complètes, dont 4 encore inédites dues à Letulle, Brault, Gilbert et Roger, arrive à cette conclusion, c'est qu'en dehors des cachexies pigmentaires, diabétique, paludéenne, tuberculeuse, il existe une cachexie pigmentaire alcoolique. Plusieurs analogies au point de vue clinique et une similitude absolue dans leurs lésions anatomiques rapprochent toutes ces cachexies. Cette affection est caractérisée par la triade symptomatique : cachexie, mélanodermie, hypertrophie du foie. Les lésions anatomiques consistent principalement dans la présence du pigment ocre dans les tissus et dans une cirrhose bi-veineuse du foie. Le pigment ocre se forme aux dépens de l'hémoglobine intra-vasculaire et extra-vasculaire ; il disparaît des tissus très probablement par une sorte de

désagrégation intra-cellulaire. La cirrhose du foie doit se développer parallèlement à la formation du pigment et sous l'influence de la même toxihémie. H. BOURGES

E. APERT. Taches pigmentaires intestinales constituées par de la rubigine (*Soc. de biol., 2 oct. 1897*).

La rubigine (hydrate ferrique) est une altération importante du diabète bronzé. Ce pigment est ordinairement diffus. L'auteur l'a retrouvé formant des taches saillantes dans l'intestin grêle d'un lapin : ce sont des taches hémorragiques à leur origine (purpura intestinal). DASTRE.

H. BERTSCHINGER. Ueber das Vorkommen und die Bedeutung..... (Sur l'existence et la signification des images treillissées dans les os, surtout dans l'ostéomalacie physiologique qu'on observe chez les femmes enceintes) (*Archiv f. path. Anat., CXLVII, 3*).

En étudiant des ostéophytes, les productions osseuses provenant de rachitiques, de myositis ossificans, des os fœtaux, le cal osseux, l'ostéomalacie des femmes enceintes, Bertschinger rencontra de nombreuses images treillissées dans le tissu osseux. Outre les corpuscules et les canalicules osseux, on aperçoit, dans les parties desséchées, une série de lignes très fines dont l'ensemble constitue une sorte de treillis. Partout les treillis se trouvent à la limite de l'os calcifié et de l'os privé de sels calcaires, c'est-à-dire qu'ils occupent les points incomplètement calcifiés. L'image en treillis n'est point l'expression de la perte des sels calcaires; elle se rencontre partout où l'os qui vient de se développer est encore incomplètement pourvu de sels calcaires, c'est-à-dire où la calcification n'est pas achevée.

L'os treillissé n'est pas la caractéristique d'un état pathologique; les images treillissées qu'on obtient dans les préparations indiquent uniquement qu'on se trouve en présence d'un os pauvre en sels calcaires. Mais il est à noter qu'on rencontre cet état aussi bien dans le tissu osseux jeune, qui n'a pas encore acquis sa structure et sa composition définitives, que dans les conditions pathologiques (ostéomalacie, tumeurs des os) qui lui ont enlevé une partie des sels calcaires. ÉD. RETTERER.

LETULLE et PÉRON. Ostéomalacie chez un homme de 39 ans (*Soc. anat. Paris, p. 543, juin 1897*).

Les auteurs ont examiné le squelette d'un homme de 39 ans, mort au bout de huit mois, d'une ostéomalacie généralisée. L'ensemble du squelette était simplement ramolli, par perte de la substance calcaire des os ; l'examen microscopique a montré que les îlots osseux conservés se présentent sous la forme de blocs à contours très irréguliers ; leur bord est souvent échancré largement et dans ces échancrures sont d'énormes cellules géantes, contenant plusieurs noyaux, de 6 à 15, et une masse importante de protoplasma ; sur certains, l'îlot osseux ayant disparu, des amas de myéloplaxes persistent seuls, logés dans une gaine fasciculée, d'origine conjonctive. La moelle osseuse, devenue graisseuse, ne montre jamais de cellules géantes, quand

on examine à cet égard les cavités médullaires envahissant ou remplaçant le tissu osseux. P. MAUBRAC.

Dominik PUPORAC. Ein Beitrag zur Casuistik und Histologie der Cavernösen Muskelgeschwülste (Tumeurs caverneuses des muscles) (*Archiv f. klin. Chir., LIV, p. 555-567*).

L'auteur rapporte trois observations d'angiome musculaire primitif rare. Dans ces cas, le muscle lui-même a été infiltré dans une étendue assez grande, par de la graisse. Cette graisse était parcourue par un grand nombre de vaisseaux de différents calibres. Par place on trouve, à la coupe, une structure caverneuse. Au microscope, on constate sur les trois préparations une disposition analogue. Les fibres musculaires ne présentent pas toutes les mêmes dimensions ; leur substance est, en partie granuleuse ou parsemée de fissures et de crevasses. Sur ces dernières la striation transversale n'est plus visible. Les signes de la dégénérescence sont de nature complexe. Le tissu adipeux est abondamment irrigué par de nombreux capillaires, artères et veines. Sur les vaisseaux de petit et de moyen calibre, les éléments de la paroi musculaire prolifèrent rapidement, surtout ceux de la tunique interne. Le tissu qui entoure les vaisseaux est riche en noyaux. Un peu plus loin on trouve de nombreuses cavités remplies par des globules du sang disposées par groupes et dont les parois sont constituées par un revêtement endothélial, par un tissu conjonctif et par un tissu musculaire lisse très peu abondant. Au milieu du tissu adipeux et entre les fibres musculaires, on voit des amas de cellules rondes, amas qui ressemblent aux follicules lymphatiques. L'auteur croit qu'il s'agit d'une communication entre les vaisseaux sanguins et lymphatiques. L'étiologie de ces tumeurs est obscure. Il s'agit probablement de tumeurs congénitales dont la parenté avec la macroglossie et les autres lymphangiomes ne tardera pas à être établie. Suivant l'auteur, la prolifération du tissu conjonctif et adipeux est le phénomène primitif ; la formation de nouveaux vaisseaux a lieu après. Comme traitement, il faut conseiller l'extirpation de la tumeur. MARCEL BAUDOUIN.

Ch.-R. BARDEEN. Visceral changes in extensive superficial burns (brûlures) (*The Journ. of exper. medic., II, 5, p. 501, 1897*).

L'examen des viscères, chez cinq enfants morts à la suite de brûlures étendues, a montré une dégénérescence de tous les viscères. Dans la rate et la moelle osseuse, fragmentation considérable des globules sanguins ; cellules chargées de débris d'hématies. Dans les vaisseaux, poikilocytose et hyperleucocytose. A côté de la dégénérescence parenchymateuse du foie et des reins, la lésion dominante est l'hypertrophie généralisée des glandes lymphatiques et des follicules clos de l'intestin ; le centre de ces glandes lymphatiques est tantôt profondément œdématié, tantôt nécrosé. Cellules lymphatiques altérées, tuméfiées, granuleuses, vacuolaires ; au centre des follicules clos, désintégration totale des cellules dont les débris sont mélangés à des fragments de chromatine.

Ces lésions du tissu lymphatique ressemblent essentiellement à celles

que produit l'injection expérimentale de toxine diphtérique, d'abrine, de ricine et d'autres toxalbumines. Elles viennent à l'appui de la théorie de la toxémie à la suite des larges brûlures superficielles. H. VINCENT.

Walter HUNTER. A note on the microscopic appearences of the spinal cord in tetanus (*Brit. med. Journ., p. 333, 7 août 1897*).

L'auteur a eu l'occasion d'examiner la moelle dans trois cas de tétanos.

1° Enfant de 12 ans : tétanos classique consécutif à une plaie septique de la cuisse : mort au bout de 24 heures. Hyperémie considérable de la moelle avec hémorragies interstitielles ; altération des cellules ganglionnaires :

2° Homme de 45 ans guéri du tétanos, mais succombant 15 jours après à une dermatite exfoliatrice généralisée.

Congestion spinale à l'œil nu, mais pas d'hémorragies médullaires ; quelques altérations des cellules ganglionnaires.

3° Enfant de 4 ans, mort du tétanos en 24 heures. Moelle congestionnée, mais structure normale au microscope.

Ces lésions ressemblent à celles produites expérimentalement par Marinesco sur des cobayes auxquels on injecte de la culture de bacille tétanique. H. R.

I. — E. BECKER. Ueber Zwitterbildung..... (Sur un cas d'hermaphrodisme vrai chez un porc) (*Verhand. der physik. med. Ges. zu Würzburg, XXX, n° 6*).

II. — K. RAAKE. Beitrag zur Lehre vom Hermaphroditismus..... (Sur un cas de pseudo-hermaphrodisme masculin interne) (*Ibid.*).

III. — KROKIEWITZ. Ein Fall von Hermaphroditismus spurius completus femininus (*Arch. f. pathol. Anat., CXLIII, 3*).

I. — Il s'agit d'un porc d'un an environ dont les organes génitaux externes sont ceux d'une femelle. Les organes génitaux internes ont également la conformation, les dimensions et les rapports du type femelle ; mais, par un examen plus attentif, on voit que du côté interne de chaque ovaire et accolés à celui-ci, se trouve un testicule. Les canalicules séminipares sont bien développés dans ce dernier, mais leur lumière est pleine et remplie de cellules anastomosées. Absence de spermatozoïdes. Quant à l'ovaire, il a la structure d'un organe adulte, c'est-à-dire qu'on y trouve des follicules de Graaf bien développés (couche granuleuse et ovule arrivé à maturité).

C'est donc là un exemple d'*hermaphrodisme vrai bilatéral.*

II. — Raake décrit et figure l'état des organes génitaux d'un porc atteint de *pseudo-hermaphrodisme masculin interne.* Cet animal adulte était porteur : A) de deux testicules ayant chacun un épididyme, un canal déférent, des vésicules séminales, d'un pénis long de 4 centimètres et demi, d'une musculature génitale bien développée ; B) d'un vagin, d'un utérus bicorne et de ligaments larges.

Ce porc était donc un mâle, puisqu'il n'existait que des testicules ; mais le reste des organes génitaux était représenté aussi bien par les parties mâles et femelles. C'est un type *mâle* chez lequel l'ensemble des canaux de Muller avait acquis un complet développement.

III. — Il s'agit d'un enfant de 5 jours dont le pénis et le scrotum, c'est-à-dire les organes génitaux externes, ont la conformation et la structure de ceux d'un sujet masculin. Mais, à l'ouverture du corps, on trouve deux ovaires, deux trompes de Fallope, un utérus et vagin bien développés et pos-

sédant la forme et la position d'un enfant du sexe féminin. Le vagin s'ouvre dans la portion prostatique de l'urètre.

Si cet enfant avait vécu, il aurait présenté une série de phénomènes physiologiques et pathologiques que la clinique aurait eu de la peine à expliquer. ÉD. RETTERER.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

G. MALFITANO. Sul comportamento dei microorganismi alla azione dei gas compressi (*Bull. Soc. méd. chir. de Pavie, 9 juill. 1897*).

L'auteur a expérimenté l'action de CO, CO^2 et O, à l'état pur, sur divers groupes de mircroorganismes : Hyphomycètes, Blastomycètes, et Schizomycètes (Bacillum glaucum, Saccharomyces albus, Mycoderma vini Proteus vulg., B. subtilis, B. coli, B. anthracis, etc), à l'aide d'une pression de 45-50 atmosphères, par une T de 18° à 26° ; la durée des expériences a été respectivement de 20 heures (en moyenne) à 64 heures pour chaque gaz. L'action des gaz a été essayée sur les microbes à l'état sec, humide et sporulé.

L'oxygène et l'oxyde de carbone n'ont tué aucun des microbes. Seul, l'anhydride carbonique a manifesté des propriétés germicides assez grandes, et d'autant plus énergiques que le milieu était plus humide. L'action de CO^2 s'explique par son degré de solubilité plus facile. Il est sans action sur le B. subtilis sporulé soumis, quatre fois de suite, à une pression de 50-60 atmosphères, à la T de 37°, pendant 20-24 heures.

H. VINCENT.

BONOMO et GROS. Action des rayons X sur les microorganismes (*Giorn. med. del R. Esercito, n° 6, 1897*).

Les auteurs ont soumis à l'action des rayons X des cultures de microbes variés (B. subtilis, b tuberculosus, b. anthracis) jusqu'à la 3e génération, pendant une période de 3 heures par jour. Dans tous les cas ils ont observé un ralentissement de la vitalité des cultures, mais fort peu accentué, sauf pour le bacille du charbon, qui perd son activité, sa puissance chromogène et sa faculté de reproduire des spores. Sa virulence est également beaucoup moindre. Pour les autres microorganismes, les effets sont à peu près nuls. H. R.

Ludwig BLUMREICH et Martin JACOBY. Experimentelle Untersuchungen über Infectionskrankheiten nach Milzexstirpation (*Berlin. klin. Woch., n° 21, 24 mai 1897*).

Il résulte des expériences de Blumreich et Jacoby que l'extirpation de

la rate provoque une hyperleucocytose du sang qui élève son pouvoir bactéricide et accroît les forces défensives de l'organisme en lutte contre les maladies infectieuses. Mais la splénectomie n'augmente nullement la faculté de résistance des animaux contre les toxines des mêmes bacilles.

Ces expériences ont été faites sur des cobayes avec les bacilles diphtéritique, pyocyanique et cholérique qui ont donné des résultats très nets, surtout les derniers, tandis qu'il n'en fut pas de même pour le bacille charbonneux. La ligature de la rate, moins bien supportée par les cobayes que son ablation, paraît avoir la même action. Lorsque l'extirpation de la rate est consécutive à l'infection microbienne au lieu de lui être préalable, elle affaiblit la faculté de résistance des cobayes à l'infection au lieu de l'exalter. J. B.

CESARIS-DEMEL. Beitrag zum Studium des experimentellen Marasmus (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat., XXI, p. 201*).

Dans le marasme produit par les poisons bactériens, une grande quantité de globules rouges circulants sont détruits. L'hémoglobine provenant de leur destruction se transforme en pigment qui est rencontré dans les cellules de beaucoup de tissus. La réaction histochimique du foie (bleu de méthylène, acide chromique) montre que ces pigments sont d'origine hématique. Dans les reins, le pigment siège dans les épithéliums des tubes contournés, rarement dans les cellules du tissu conjonctif, jamais, dans les épithéliums des capsules ou dans les glomérules. Dans la rate, outre une augmentation de cellules pigmentaires et à globule rouge, outre la présence de pigment abondant dans les cellules consécutives, on remarque que les grandes cellules uninucléées à protoplasma délicat, semblent un agrégat de plaquettes, vue par foie et carbone, entrent en fonctions. Elles avalent et détruisent une grande partie des leucocytes circulants, dont on peut suivre les phases de destruction. Elles avalent aussi des globules rouges et des corps étrangers de toute sorte qui arrivent dans la rate. Ces cellules, à l'état de repos, sont difficiles à reconnaître à cause de la délicatesse de leur protoplasma. Ni l'inanition, ni les affections aiguës ne peuvent reproduire ce qu'on voit dans le marasme. Le pigment du marasme toxique ne prend pas naissance dans le sang en circulation, ni dans les vaisseaux. C'est une hématosidérine qui se forme directement dans le protoplasma cellulaire, après que celui-ci a été imbibé d'hémoglobine dissoute. C. LUZET.

SCHATTENFROH. Weitere Mittheilungen über die..... (Sur les substances bactéricides des leucocytes) (*Münch. med. Woch., p. 414, 20 avril 1897*).

Les leucocytes isolés, mis en suspension dans l'eau salée et congelés donnent une solution à propriétés fortement bactéricides. Chauffée à 60° pendant plusieurs heures cette solution perd son action bactéricide; cette perte ne se produit qu'à la température de 80-90°, maintenue pendant une demi-heure. Les leucocytes non congelés, chauffés à 60° ne sont pas non plus devenus inactifs. Desséchés dans le vide en présence de l'acide phosphorique, les leucocytes donnent une poudre, qui, mise en

suspension dans l'eau salée est douée de propriété bactéricides. La solution filtrée donne un liquide privé de cellules, qui possède aussi ces pouvoirs bactéricides. C. LUZET.

CHARRIN et LEFÈVRE. Action de la pepsine sur les toxines (*Soc. de biol., 31 juill. 1897*).

Les auteurs établissent que la toxine diphtérique, au contact de la pepsine perd une partie de ses attributs nuisibles.

L'action de digestion, de fixation intervient, ainsi que celle de l'acide chlorhydrique.

Au point de vue des défenses de l'organisme, ces phénomènes sont intéressants. A. C.

H. ROGER. Étude sur l'immunité (*12e Cong. internat. de méd., Moscou, et Presse méd., p. 93, 18 août 1897*).

Le rôle des humeurs dans l'immunité acquise ou artificielle n'est pas contestable ; les humeurs contiennent des substances solubles capables d'entraver l'infection par leur action soit bactéricide, soit antitoxique. Le sérum des animaux vaccinés contre un microbe provoque chez ce dernier des modifications morphologiques spéciales dont la plus remarquable est l'agglutinement des bactéries avec gonflement de leur cuticule : on met facilement ce dernier phénomène en évidence en cultivant l'Oïdium albicans dans du sérum de lapin vacciné contre ce parasite. Le sérum des vaccinés a encore la propriété d'atténuer la virulence des microbes (streptocoque, staphylocoque, bacille de la diphtérie).

L'opinion qui veut que les propriétés bactéricides du sérum n'existent pas dans le sang tel qu'il est dans les vaisseaux, mais qu'elles apparaissent artificiellement après son issue des vaisseaux, est controuvée par les expériences de R. sur le streptocope. Le pouvoir bactéricide du sang est réel ; il résulte de la présence d'une substance spécifique, de nature albuminoïde. Il existe aussi une substance bactéricide dans le sang de l'animal normal, mais elle n'est nullement spécifique.

Toutes ces substances protectrices sont d'origine cellulaire et les leucocytes n'en sont pas les seuls agent producteurs. Toutes les cellules de l'organisme participent à leur élaboration. Si, en effet, dans les muscles d'un animal vacciné et qu'on a soumis à un lavage prolongé pour en chasser le sang, ou ensemence le bacille du charbon symptomatique, celui-ci se développe mal.

On peut donc interpréter comme suit le mécanisme de l'immunité. Les microbes qui prennent le dessus dans le sérum des vaccinés sont souvent dépourvus de virulence ; dès lors, ces microbes sont incapables de sécréter les toxines pouvant empêcher la diapédèse des cellules migratrices. Les phagocytes accourent sur le point envahi et détruisent facilement les parasites déjà affaiblis par les humeurs. Ils achèvent l'œuvre commencée par les liquides de l'organisme. L'un et l'autre des deux processus, phagocytaire et humoral, est indispensable pour assurer la guérison. H. VINCENT.

Raoul BENSAUDE. Le phénomène de l'agglutination des microbes et le sérodiagnostic (*Thèse de Paris, 1897*).

Ce travail débute par une étude historique des recherches qu'ont suscitées d'abord la découverte due à Pfeiffer (1894) de la transformation des microbes en granules (propriété lysogène) en présence de sérum d'animaux immunisés contre ces mêmes microbes, puis la découverte due à Gruber et à Durham (1896) du phénomène de l'agglutination des microbes dans les mêmes conditions, enfin la découverte due à Widal (1896) du séro-diagnostic de la fièvre typhoïde, c'est-à-dire de la constatation que le sérum des sujets atteints de fièvre typhoïde agglutine le bacille d'Eberth dès la période d'infection de la maladie.

L'auteur passe ensuite en revue les méthodes de la technique du séro-diagnostic de Widal.

Le phénomène d'agglutination n'est pas une réaction propre au seul bacille d'Eberth; on l'a également observé pour le vibrion cholérique, le vibrion de Metchnikoff, le bacille pyocyanique, le proteus, le streptocoque, le coli-bacille, le bacille de Nocard, le bacille de Lœffler, le cocco-bacille de la peste, le microcoque de la fièvre de Malte, le bacille de la fièvre jaune de Sanarelli, le pneumo-bacillus bovis, le bacille du choléra des porcs et celui du tétanos.

La fièvre typhoïde est la seule affection dans laquelle la méthode du séro-diagnostic repose sur une base solidement éprouvée.

Son apparition est précoce. Sur 52 cas signalés par Bensaude, 23 fois elle avait été constatée avant le 8e jour de la maladie. Exceptionnellement la réaction n'apparaît que tardivement pendant la défervescence ou même après l'apyrexie à un moment où elle ne peut plus être utilisée en clinique.

Une réaction positive obtenue avec une dilutition de sérum suffisamment étendue et chez un sujet n'ayant pas eu de fièvre typhoïde permet d'affirmer la maladie. Un résultat négatif fournit seulement une probabilité contre la fièvre typhoïde, mais d'autant plus grande que l'examen est pratiqué à une époque plus avancée de la maladie.

Cette méthode est surtout précieuse pour le diagnostic des formes légères ou anormales de la fièvre typhoïde et pour les cas d'association de cette maladie avec d'autres affections qui la masquent.

La réaction agglutinante existe encore dans la période d'état et dans la convalescence du choléra. Le séro-diagnostic pourra probablement, dans les cas suspects, être substitué à l'examen bactériologique des selles.

La séro-réaction a pu être appliquée avec succès au diagnostic rétrospectif de la fièvre de Malte ; elle existe dans la peste à partir du deuxième septenaire, et dans la maladie des perruches infectieuses (bacille de Nocard).

Cette réaction se rencontre encore dans les infections par le pneumocoque, le coli-bacille, le streptocoque, les bacilles de la morve et du tétanos, chez es diphtériques injectés avec du sérum antidiphtérique et chez les animaux elle se produit dans le choléra des porcs et la péripneumonie. Mais dans toutes ces infections, il est encore impossible de dire si cette réaction est assez constante pour pouvoir être appliquée au séro-diagnostic.

La propriété agglutinante semble distincte de la propriété lysogène du sérum d'animaux infectés ou immunisés, qu'on n'observe qu'avec le concours d'un organisme vivant alors que le phénomène de l'agglutination se produit exclusivement en dehors de l'organisme (Salimbeni). Elle a été séparée également des propriétés bactéricide et antitoxique.

La nature des substances agglutinantes est inconnue. Elles sont retenues par diverses albumines du plasma et des humeurs, résistent à l'action de la chaleur modérée, de la lumière solaire prolongée, de la putréfaction, et sont généralement arrêtées par le filtre de porcelaine et les membranes usitées pour la dialyse.

Le lieu de formation et de destruction des substances agglutinantes dans l'organisme n'a pu être déterminé. Tous les modes d'inoculation peuvent lui donner naissance chez l'animal. Chez l'homme, les injections sous-cutanées de cultures stérilisées ou non confèrent au sang la propriété agglutinante.

Les leucocytes vivants séparés du plasma primitif ne retiennent pas en eux les substances agglutinantes.

C'est toujours le sang qui les contient au maximum et c'est du sang qu'elles passent en proportions variables dans les diverses humeurs et parfois même à travers le placenta. H. BOURGES.

A. WASSERMANN. Experimentelle Beiträge zur Serumtherapie..... (Recherches expérimentales sur la sérothérapie, spécialement au point de vue des actions bactéricides ou antitoxiques des différentes espèces de sérum) (*Deutsche med. Woch.*, *n° 17, 22 avril 1897*).

Le bacille pyocyanique se prête merveilleusement à l'étude des questions relatives à l'action bactéricide ou antitoxique des différentes espèces de sérum. On sait que pour neutraliser une quantité donnée de bactéries pyocyaniques déposées dans le péritoine d'un cobaye, la quantité de sérum bactéricide est beaucoup moindre que la quantité de sérum antitoxique nécessaire pour neutraliser une quantité comparable de toxine pyocyanique; en d'autres termes, l'immunité contre la toxine est plus difficile à obtenir que l'immunité contre les bacilles vivants. Si l'on infecte des cobayes avec la toxine pyocyanique, on peut encore, 5 à 6 heures après, et alors que les animaux sont déjà très malades, les arracher à la mort en leur injectant du sérum antitoxique, et l'action du sérum est bien spécifique, car si l'on injecte à la place du sérum spécial un sérum d'animal non immunisé, chèvre par exemple, l'animal infecté meurt. Le sérum bactéricide est beaucoup moins actif contre l'infection bacillaire, toutes les fois que l'animal infecté reçoit l'injection bactéricide plus d'une heure après l'infection, il succombe quelle que soit la dose employée et les résultats sont encore les mêmes si l'on emploie un sérum réunissant les propriétés bactéricides et antitoxiques.

Une série d'expériences a eu pour but de rechercher si le même organisme qui se montre incapable de réagir sous l'influence du sérum bactéricide contre l'infection pyocyanique, est capable de réagir contre une autre infection surajoutée, l'infection cholérique par exemple. La réponse a été affirmative, si l'on injecte en même temps à un cobaye des

doses vingt fois mortelles de culture pyocyanique et de culture cholérique et si l'on fait intervenir quelques minutes après les sérums bactéricides combinés, le cobaye succombe, mais on ne trouve dans la cavité péritonéale que le bacille pyocyanique; les bacilles cholériques ont complètement disparu et cependant l'exsudat péritonéal renferme des corps bactéricides en quantité suffisante pour protéger un cobaye sain contre l'infection pyocyanique.

En résumé, le pouvoir immunisant d'un sérum ne correspond pas au pouvoir curatif du même sérum. H. DE BRINON.

A. LÖWY et F. RICHTER. Experimentelle Untersuchungen über die..... (Recherches expérimentales sur la puissance curative de la fièvre) (*Archiv f. path. Anat.*, *CXLV*, *1*).

Dans une série de 39 essais, Loewy et Richter purent déterminer sur les lapins l'influence de la température sur la guérison de la maladie. Ils procédèrent de la manière suivante : en piquant le corps strié, ils provoquèrent une élévation intense et durable de la température générale du corps de l'animal. Alors ils injectèrent à ce dernier et à un animal témoin la même dose d'une culture soit de pneumocoques, soit de choléra de poule, soit de rouget de porc, soit de toxine diphthéritique.

La conclusion générale de ces expériences est la suivante : les animaux dont la température du corps est très élevée, opposent plus de résistance aux infections que les animaux témoins; les premiers peuvent même résister alors que les seconds succombent.

Comment faut-il interpréter cette influence salutaire de la fièvre?

L'examen du sang montra que la piqûre du corps strié ne change pas notablement l'alcalinité du sang; le sang devient, au contraire, plus alcalin quand la fièvre est accompagnée d'infection.

Il est donc très probable que l'augmentation de l'alcalinité du sang accroît la résistance de l'organisme à l'infection. ÉD. RETTERER.

L. CHEINISSE. Contribution à l'étude de la question de l'influence de l'apyrexie artificielle sur l'évolution des maladies infectieuses (*Arch. russes de path., juill. 1897*).

La suppression de la température fébrile au moyen de badigeonnages au gaïacol fait prendre à l'infection staphylococcienne une marche suraiguë ; chez les animaux badigeonnés, la mort par septicémie suraiguë arrive en 24-48 heures, de sorte qu'elle précède la formation des lésions ; chez les témoins, la mort n'arrive qu'au bout de 2 à 7 semaines, avec des abcès multiples dans les reins, le foie, le cœur.

Les animaux fébricitants chez lesquels l'action hypothermisante du gaïacol est empêchée par un court séjour dans l'étuve, semblent montrer une résistance plus grande que les lapins fébricitants dans des conditions naturelles dont la température est moins élevée; cela tiendrait non seulement à faire considérer la fièvre comme un phénomène réactionnel favorable à l'organisme, mais encore à faire voir dans la chaleur elle-même un élément utile à l'organisme en état d'infection. H. FRENKEL.

DESSY. Ricerche batteriologiche in alcuni casi di bronchite acuta (*Lo Sperimentale, L, p. 325*).

L'auteur a isolé dans les bronchites un coccus ressemblant par certains caractères au diplocoque, par d'autres au streptocoque. Ce coccus perd très rapidement sa virulence. Comme il ressemble à des coccus vivant normalement dans la bouche, D. pense pouvoir admettre que ce sont eux qui, acquérant une virulence passagère provoque l'éclosion de la bronchite.

C. LUZET.

A. LOESCH. Contribution au diagnostic de la tuberculose par la tuberculine (*Arch. des sc. biol. de St-Pétersbourg, IV, p. 483*).

De ses expériences, l'auteur tire les conclusions suivantes :

La réaction sanguine provoquée par la tuberculine chez les animaux tuberculeux est plus sensible que la réaction thermique. Après une inoculation de tuberculine, on observe chez les animaux tuberculeux, au bout de 2 à 4 heures, une diminution sensible de la quantité de globules blancs ; chez les animaux sains, l'injection de tuberculine n'est pas suivie de diminution du nombre des leucocytes.

Chez les animaux tuberculeux cette hypoleucocytose initiale fait place à une hyperleucocytose qui atteint son apogée non pas le lendemain, comme chez l'animal sain, mais seulement 2 jours après l'inoculation de tuberculine.

Chez les animaux sains, la température, après l'inoculation de tuberculine, s'élève d'un degré et plus encore, aussi ne peut-on se fier à la réaction thermique pour établir le diagnostic de tuberculose. Il est donc préférable, pour ce diagnostic, et à la suite des inoculations de tuberculine, de pratiquer l'examen du sang et la numération des leucocytes, leur diminution chez les animaux tuberculeux étant un phénomène général et constant.

D'autre part, ce phénomène ne se produit pas si l'on inocule de la tuberculine à des lapins charbonneux, par exemple. Selon toute probabilité, la malléine agit sur les globules blancs des animaux atteints de la morve, comme la tuberculine chez les animaux tuberculeux. E. MOSNY.

DUBARD (de Dijon). Une troisième tuberculose (tuberculosis piscium) (*Bull. méd., 30 juin 1897*).

Quatre carpes de l'établissement de pisciculture de Velars furent trouvées porteuses de tumeurs du rein et du mésentère qui, histologiquement étaient de gros tubercules. Le bacille cause de ces tumeur présentait les dimensions, l'aspect, les réactions colorantes du bacille de Koch.

Il cultive sur les milieux usités de 10° à 27° avec optimum à 22° ou 24° ; à 27° ou sur les milieux solides, il présente en peu de temps des formes vieillies, filamenteuses, dichotomiques. Certaines cultures ressemblent à la tuberculose aviaire et d'autres à la tuberculose humaine. On a pu faire des inoculations en série chez les animaux à sang froid.

Chez des lézards soumis progressivement et en séries à des tempéra-

tures de plus en plus élevées, le bacille de Velars conserve sa forme et sa virulence, sans dégénérer comme *in vitro*. Cette nouvelle tuberculose est peu ou pas virulente pour les animaux à température constante.

L'origine de cette maladie des poissons pourrait être le résultat du fait suivant : une femme tuberculeuse (poumon et intestin) faisait vider ses crachoirs et ses déjections dans les réservoirs où vivaient les carpes.

On a obtenu le même bacille en faisant ingérer à des carpes des produits tuberculeux humains et en inoculant des cyprins avec de la tuberculose aviaire.

LEFLAIVE.

DUERCK. Zur Frage der Ätiologie der Pneumonien (*Berlin. klin. Woch., p. 615, 12 juill. 1897, et Deut. Arch. f. klin. Med., LVIII, p. 368*).

Dürck a entrepris des cultures avec les poumons de 41 enfants morts de pneumonie ; 2 poumons seulement ont donné des cultures stériles. Les microorganismes cultivés étaient: le diplocoque pneumonique, de beaucoup le plus fréquent ; le streptocoque pyogène ; les staphylocoques pyogènes doré et blanc ; le bacille de Friedländer ; le bacille diphtéritique ; le bacille banal du côlon ; des sarcines et des levures. 3 fois seulement l'infection était monomicrobienne ; dans tous les autres cas, il y avait plusieurs microbes, offrant les associations les plus diverses; D. a trouvé jusqu'à 4 microorganismes dans le même poumon. Il n'a pas remarqué de rapports constants entre les espèces microbiennes, d'une part, les altérations pulmonaires ou l'âge des malades, d'autre part. Il a été frappé de la fréquence des cellules géantes dans les pneumonies de diphtéritiques traités par le sérum.

Dürck a recherché ensuite si les poumons non pneumoniques contiennent des microorganismes. Les poumons de 13 enfants ayant succombé à d'autres maladies et ne présentant pas trace d'hépatisation renfermaient tous des microorganismes, y compris celui de Friedländer, révélés tant par les cultures que par les inoculations aux animaux.

Les poumons d'animaux fraîchement abattus, à savoir de 10 porcs, 2 chevaux, 2 bœufs et 1 veau présentaient le diplocoque pneumonique, le bacille de Friedländer et d'autres microbes pathogènes.

Dürck a étudié enfin la valeur des autres facteurs étiologiques de la pneumonie.

Par une plaie trachéale, il a insufflé, sans violence, à des lapins, des cultures pures de diplocoque pneumonique, de staphylocoque et de streptocoque (de 1 à 5 centimètres cubes de cultures en bouillon). Ces animaux sont restés sains ; à l'autopsie, leurs poumons étaient complètement aérés et pâles. Des expériences de contrôle sur souris témoignèrent de la virulence de ces cultures.

Sur d'autres animaux, afin de produire une altération de la muqueuse pulmonaire, l'inhalation des germes était précédée ou accompagnée d'inhalation de poussières, soit des rues, soit d'émeri très fin, soit de scories de déphosphoration. Tous ces animaux ont eu des broncho-pneumonies, plus caractérisées avec la poussière de scories et relativement bénignes avec celle des rues. Les expériences de contrôle par inhalation de poussières seules ont donné les mêmes résultats.

D. a également soumis des animaux aux effets du refroidissement; après les avoir tenus de 16 à 36 heures dans une étuve à 36° centig., il les plongeait brusquement pendant 2 à 7 minutes dans de l'eau glacée. Sans exception, tous ces animaux ont offert les lésions de la pneumonie lobaire fibrineuse.

Il ressort de ces recherches que le poumon n'est pas l'organe stérile que l'on croyait et qu'il héberge un nombre relativement grand de germes pathogènes dont la simple présence ne suffit pas à provoquer une pneumonie. Pour amener cette maladie, il faut en outre l'action délétère soit d'une lésion de la muqueuse pulmonaire par des poussières, soit d'un refroidissement. J. B.

E. KLEIN. Un microcoque pathogène pour l'homme et les animaux (staphylococcus hæmorragicus) (*Centralbl. f. Bakter., XXII, p. 81*).

Trois hommes contractèrent une dermite vésiculeuse des mains, ayant quelque ressemblance avec la pustule maligne, après avoir dépouillé des brebis, mortes quelques jours après avoir mis bas, avec de l'œdème hémorragique de la vulve, de l'aine et de la paroi abdominale. L'auteur a pu examiner et ensemencer dans un de ces cas le contenu d'une de ces vésicules. On ne voyait, dans cet exsudat, à côté de globules sanguins que des coccis isolés, par deux ou en amas. Les cultures donnèrent des colonies semblables à celles du *Staphylococcus pyogenes albus*. Ce microbe ressemble beaucoup au coccus, isolé par Nocard dans la mastite gangréneuse des brebis, mais en diffère par quelques caractères morphogoliques et par une virulence beaucoup plus grande. En effet, il tue rapidement la brebis et les animaux de laboratoire à la suite d'une injection sous-cutanée, qui provoque un œdème hémorragique très étendu. C'est à cause de la constance de ces lésions que Klein propose de donner à ce microbe le nom de *Staphylococcus hemorragicus*.

H. BOURGES.

H. VAN DE VELDE. De la nécessité d'un sérum antistreptococcique polyvalent pour combattre les streptococcies chez le lapin (*Arch. de méd. exp., IX, p. 835, juill. 1897*).

Dans ce très intéressant travail, l'auteur a recherché si un sérum antistreptococcique, obtenu au moyen d'une variété donnée de streptocoques, est également actif pour toutes les variétés de streptocoques.

Pour ses expériences, l'auteur s'est servi de deux sérums anti-streptococciques, l'un obtenu à l'aide d'un streptocoque A (venant d'un abcès tonsillaire au cours d'une diphtérie), l'autre obtenu à l'aide d'un streptocoque P (venant d'une infection puerpérale).

Une série d'inoculations successives à des lapins ont montré que le sérum A, très actif contre le streptocoque A (5 centimètres cubes de sérum neutralisant 1/10 de centimètre cube de streptocoque A) l'est à peine contre le streptocoque P (5 centimètres cubes de sérum A neutralisant seulement 1/500 de centimètre cube de streptocoque P). Or les deux streptocoques ont à peu près la même virulence.

De même le sérum P, qui neutralise 1/10 de centimètre cube de streptocoque P, n'a aucune action sur 1/50000 de centimètre cube de streptocoque.

L'un et l'autre sérum ont montré une action nulle ou très faible sur divers autres échantillons de streptocoques.

Mais un sérum obtenu en immunisant en même temps un cheval contre le streptocoque A et le streptocoque P, devient très actif à la fois contre l'un et l'autre de ces deux streptocoques.

L'auteur ne signale pas dans son travail les communications faites à la Société de biologie au début de l'année 1897 par Méry et par Courmont, sur l'inefficacité expérimentale du sérum anti-streptococcique de Marmoreck vis-à-vis de différents échantillons de streptocoques. H. BOURGES.

Mme N.-O. SIEBER-CHOUMOWA. Les sérums thérapeutiques anticocciques (*Arch. des sc. biol. de St-Pétersbourg, IV, p. 415*).

L'auteur a immunisé contre le staphylocoque pyogène doré et contre le streptocoque (le streptocoque utilisé provenant d'une angine) des boucs et des chevaux, au moyen de cultures vivantes et très virulentes de ces microcoques. Elle put ainsi obtenir du sérum pourvu de propriétés immunisantes très marquées. Toutefois, elle ne tranche pas la question de l'immunité des animaux vaccinés contre les streptocoques de diverses origines. E. MOSNY.

DELORE. Passage des microbes dans le placenta (*Bull. de l'Acad. de méd., 20 juill. 1897*).

Dans le placenta de femmes non malades et ayant des enfants normaux, on constate fréquemment des thromboses veineuses. Celles-ci paraissent dues à des microbes très variés qui viendraient de l'intestin par l'intermédiaire de la circulation générale.

Le placenta jouerait le rôle d'organe filtrant pour empêcher les bactéries contenues dans le sang d'aller infecter le fœtus. Les microbes ainsi tenus en réserve peuvent exposer la mère à une auto-infection. Il faut se garder, pendant la délivrance, de dilacérer le placenta de peur de mettre en liberté les microorganismes qui y sont inclus. LEFLAIVE.

G.-A. SMIRNOW. D'une antitoxine artificielle de la diphtérie (*Arch. dos sc. biol. de St-Pétersbourg, IV, p. 504*).

L'élaboration d'un remède spécifique actif contre la diphtérie n'appartient pas exclusivement à l'organisme animal ; l'antitoxine peut être artificiellement produite au moyen de l'électrolyse du poison diphtérique.

Cette antitoxine, qui n'est que du poison oxydé ou hydroxylé, est préférable au sérum des animaux vaccinés ; sa préparation est, en effet, plus rapide, moins coûteuse, son activité plus constante, et, de plus, elle se montre active aux stades avancés de la maladie, alors que le sérum se montre généralement impuissant.

Cette étude, fort intéressante, n'est encore que purement expérimentale. L'auteur se propose d'en faire l'application à l'homme et montre qu'il s'agit là d'une méthode générale qui, avec quelques modifications, sera applicable à la préparation des antitoxines d'autres maladies.

E. MOSNY.

I. — F. HITSCHMANN et E. MICHEL. Eine vom Bacterium coli commune hervorgerufene Endokarditis und Pyämie (*Wiener klin. Woch.*, *1896*).

II. — Giuseppe SERAFINI. Ueber die Entwickelung des anaerob kultivirten Bacterium coli commune (*Hyg. Rundsch.*, *VII*, *n° 11*, *p. 544*).

III. — Fr. KOLLMANN. Ueber Schnellimmunisirung..... gegen Bact. coli commune und eine neue Methode, die Virulenz der Colibacillen zu steigern (*Ibid.*, *15 juin 1897*).

I. — A l'autopsie d'un malade qui avait succombé à une affection purulente avec endocardite ulcéreuse, consécutive à une fausse route urétrale, les auteurs ont trouvé, dans les abcès viscéraux ainsi que dans les végétations endocardiaques, le bacille banal du colon, en culture pure. Au niveau du rétrécissement, l'examen microscopique révéla 3 sortes de microorganismes : des bacilles coliques, des streptocoques pyogènes et des bacilles formant des filaments plus longs et plus larges que le bacille colique.

II. — Il résulte des expériences de Serafini que le bacille colique, cultivé en l'absence d'air, ou en présence des gaz hydrogène, hydrogène sulfuré ou acide carbonique, se développe moins bien et perd de sa virulence. Des trois gaz, c'est l'hydrogène qui lui est le plus défavorable et l'acide carbonique qui gène le moins son développement. Wesbrook avait constaté le fait analogue pour le bacille en virgule.

On voit donc que le bacille colique est beaucoup moins virulent lorsqu'il est cultivé en présence d'un des gaz qui se rencontrent toujours, en plus ou moins grande quantité, dans l'intestin ; ce qui peut expliquer pourquoi, dans les conditions normales, il n'est pas nuisible pour l'organisme.

III. — Des injections d'un dixième de la dose mortelle d'une culture de bacilles coliques répétées de deux en deux heures rendent les cobayes, au bout de dix heures, réfractaires à l'action de doses énormes des mêmes bacilles ; l'immunité ainsi acquise contre le poison microbien n'est nullement passagère, car elle persiste encore après deux mois.

Le même procédé d'injections peut servir à exalter la virulence des cultures coliques affaiblies ; il en est de même pour le bacille typhoïdique. Toutefois, les cultures reperdent de leur virulence quand, de temps à autre, on ne les fait pas repasser par le corps animal et en ayant soin en outre de ne jamais employer des cultures vieilles de plus de vingt-quatre heures.

J. B.

C. RODET. 1° Propriété agglutinative à l'égard du bactérium coli et du bacille d'Eberth du sérum d'animaux immunisés contre ces microbes; 2° Spécificité des propriétés acquises par les humeurs des animaux immunisés et méthode de préparation des sérums thérapeutiques (*Soc. de biol.*, *2 oct. 1897*).

Les propriétés acquises par les humeurs d'un animal impressionné

par un microbe pathogène, se rapportent non seulement à l'espèce, mais à la variété de ce microbe. Les sérums thérapeutiques devraient être préparés en faisant agir successivement plusieurs variétés du même microbe (de Lœffler, pour le sérum antidiphtérique; d'Eberth, pour le sérum antityphique, etc.)

Un sérum peut être agglutinant pour le bacille d'Eberth, au même degré, qu'il vienne de l'animal immunisé contre le bacille coli ou contre le bacille d'Eberth. La réaction agglutinative distingue moins le bacille d'Eberth du b. coli, que les diverses variétés du b. coli. DASTRE.

I. — LESAGE. Contribution à l'étude des entérites infantiles : séro-diagnostic; des races de bacterium coli (*Soc. de biol., 16 oct. 1897*).

II. — WIDAL. Sur la séro-réaction dans les infections coli-bacillaires (*Ibid.*).

I. — Tous les bacterium coli des entérites des nourrissons appartiendraient à une même race particulière ; le bactérium coli normal n'est pas agglutiné par le sérum des enfants malades ; le sérum normal n'agglutine pas le bacterium coli infectieux, non plus que le bacterium coli normal. Le sérum typhique n'agglutine pas le bacterium coli normal, ni le bacterium coli des entérites des nourrissons. Les diverses races de bacterium coli de l'adulte (dysenterie, diarrhée, etc.) ne sont pas agglutinées par le sérum des enfants malades, ni par le sérum antitoxique du cheval immunisé. Le séro-diagnostic serait un moyen de diagnostic de la race plus important et plus stable que les réactions chimiques.

II. — La séro-réaction doit être étudiée avec une culture d'un échantillon de b. coli identique à celui qui est la cause de la maladie ; ce sérum impressionne à des degrés divers d'autres échantillons plus ou moins voisins. Ces faits concordent avec les précédents. DASTRE.

VAN DE VELDE. Pouvoir agglutinant d'un sérum de cheval vacciné contre la fièvre typhoïde (*Soc. de biol., 9 oct. 1897*).

Le sérum de cheval vacciné avec le bacille de la fièvre typhoïde est un réactif extrêmement sensible. Un milligramme de sérum, ajouté à un litre de culture de bacille typhique, précipite au bout de 30 à 40 minutes les bacilles agglutinés en grumeaux au fond du vase. DASTRE.

I.— Alex. LUSTIG et G. GALEOTTI. Versuche mit Pestchutzimpfungen bei Thieren (Recherches sur la sérothérapie de la peste) (*Deutsche med. Woch., p. 227, avril 1897*).

II. — Les mêmes. Schutzimpfungen gegen Beulenpest (Vaccination contre la peste) (*Ibid., 6 mai 1897*).

En traitant par une solution de potasse caustique à 0,75 pour 100 les cultures pesteuses obtenues sur agar et traitant le produit filtré par l'acide acétique ou par le sulfate d'ammoniaque, on obtient deux substances A ou B, dont la première seule a servi aux expériences d'immunisation. Cette substance a les propriétés des nucléoprotéïdes : elle est plus ou

moins toxique pour les animaux. Si on l'injecte sous la peau ou dans le péritoine à une dose non mortelle aux animaux sensibles à la peste non seulement elle est inoffensive, mais elle les rend insensibles aux infections par des cultures de virulence déterminée et capables de tuer rapidement d'autres animaux non traités.

Les animaux inoculés avec cette substance, qui ne renferme pas de bacilles, sont immunisés pour une période d'au moins 4 semaines, et le sérum des animaux qui ont subi ce traitement 2 ou 3 fois possède des propriétés préventives très nettes. Les expériences ont été faites sur des rats, des lapins et des cochons d'Inde ; un cheval est en préparation.

Pour préparer le vaccin, L. et G. maintiennent pendant 3 jours, à 37°, une culture sur agar de bacilles pesteux de virulence fixe. La culture est dissoute dans une solution de potasse à 1 pour 100 puis précipitée par l'acide acétique ou chlorhydrique. La substance ainsi obtenue est mortelle pour les animaux de laboratoire (rats, lapins) à la dose de 5 à 8 milligrammes par 100 grammes desséchée. Dans le vide en présence de l'acide sulfurique et dissoute dans une solution alcaline à 37°, elle est filtrée au Chamberland. Cette substance est immunisante et curative. Les animaux qui en reçoivent une injection à dose non mortelle, supportent après plus de 5 semaines les inoculations de cultures les plus virulentes et leur sérum est également préventif et curatif. L'emploi du sérum comme curatif ne réussit que si l'injection est faite avant les transformations de dégénérescence, dans les 6 heures qui suivent l'injection péritonéale ou dans les 3 jours qui suivent l'injection cutanée. Le vaccin est absolument inoffensif pour l'homme ; une injection de 5 milligrammes détermine un peu d'œdème et de brûlure au point d'injection et une légère réaction générale. H. DE BRINON

D.-K. ZABOLOTNY. Expériences d'immunisation des singes contre la peste (*Arch. russes de pathol., sept. 1897*).

1° Les singes s'infectent facilement par le bacille pesteux. Il suffit d'une simple piqûre dans la patte avec une épingle infectée pour produire la maladie qui a beaucoup de ressemblance avec la peste de l'homme ;

2° A l'autopsie, on rencontre souvent des petites hémorragies dans la muqueuse de l'estomac, de l'intestin, dans l'épicarde, dans les calices rénaux ainsi que dans la vessie ; dans le foie, petits îlots de nécrose avec amas de bacilles, analogues à ceux trouvés chez l'homme par la commission autrichienne ;

3° L'ingestion des cultures pesteuses ne produit pas chez le singe une infection du canal gastro-intestinal, mais une infection amygdalienne (tuméfaction des ganglions du cou) ou respiratoire (pneumonie pesteuse primaire) ;

4° On peut immuniser le singe par des cultures chauffées à 65° pendant une heure, ou par le sérum de Yersin ; dans ce dernier cas, l'immunité dure deux semaines ;

5° Les singes infectés par la peste peuvent être sauvés par les injections de sérum antipesteux, même au deuxième jour de la maladie, même avec des petites doses de 5-10 centimètres cubes ;

6° En inoculant avec la culture pesteuse des singes immunisés, ou bien en traitant avec le sérum les singes malades, on trouve des abcès et une leucocytose abondante au point de l'introduction des bacilles, ainsi que dans les ganglions lymphatiques tuméfiés. H. FRENKEL.

E. KLEIN. Recherches sur la morphologie et la biologie du bacille de la peste bubonique (*Centr. f. Bakter.*, *XXI*, *p. 897*).

Ces recherches ont été faites à l'aide de bacilles isolés dans quelques cas de peste importés à Londres vers la fin de l'année 1896. L'auteur signale les caractères anormaux de certaines colonies sur plaques de gélatine, rappelant l'aspect des colonies jeunes du *Proteus vulgaris*. Il conseille, pour le diagnostic, les injections intrapéritonéales au cobaye. Celui-ci succombe au bout de 24 ou 48 heures et l'exsudat péritonéal renferme les chaînettes caractéristiques du bacille de la peste.

Même lorsque la mort survient rapidement chez le cobaye infecté expérimentalement (au bout de 48 à 72 heures), on trouve des bacilles de la peste à la surface de la muqueuse de la trachée et du larynx et dans les bronches et les alvéoles pulmonaires. Généralement le duodénum présente de l'inflammation et son contenu est rempli de bacilles de la peste.

Lorsqu'on injecte à un cobaye plusieurs fois de suite (3 ou 4 fois) des doses non mortelles de bacilles de la peste, puis qu'au bout de 14 à 18 jours on lui injecte une dose mortelle, il succombe avec les symptômes et les lésions habituels et n'a donc pas acquis une immunité bien appréciable, ce qui concorde avec les résultats obtenus par Roux et Yersin. Le sang d'un animal ainsi inoculé à plusieurs reprises n'a guère non plus de propriétés bactéricides. Mélangé à une dose mortelle de bacilles de la peste, il n'empêche pas la mort.

De même l'injection sous-cutanée ou intrapéritonéale de cultures stérilisées ne donne aucune immunité aux animaux; ce qui est en désaccord avec ce qu'a prétendu Kolle.

L'injection intra-péritonéale de fortes doses de cultures stérilisées de peste ne rend pas les animaux malades comme le font les cultures stérilisées de choléra, de Finkler, de coli, de fièvre typhoïde, de prodigiosus, etc., qui toutes provoquent à très faible dose une péritonite mortelle.

En inoculant au lapin, qui jouit d'une immunité naturelle contre la peste, des doses croissantes de bacilles virulents, on ne donne aucune propriété bactéricide à son sérum qui, mélangé à une dose mortelle de culture de la peste et injecté à un cobaye ne lui donne pas une survie plus longue que s'il n'était inoculé qu'avec la même dose de bacilles de la peste. H. BOURGES.

G. NUTTAL. Recherches sur le rôle que peuvent jouer les insectes dans la dissémination de la peste, et sur la réceptivité de différents animaux pour cette maladie (*Centralbl. f. Bakter.*, *XXII*, *p. 87*).

L'auteur a nourri un certain nombre de mouches au moyen d'aliments infectés de bacilles pesteux et a constaté que ces mouches mouraient

plus rapidement que les témoins. Il pense donc que les mouches peuvent contribuer à répandre le bacille de la peste.

Ses expériences ont ensuite porté sur le rôle que peuvent jouer les punaises. Celles-ci, nourries de sang d'un animal atteint de la peste puis sacrifiées, contenaient un grand nombre de bacilles de la peste. Mais des punaises ainsi infectées furent mises en contact avec des souris saines et les piquèrent sans leur donner la peste. Il semblerait en résulter que des piqûres de punaises infectées de la peste ne présenteraient pas un grand danger.

Vient ensuite l'énumération des animaux qui ont été signalés par les historiens des différentes épidémies de peste, comme aptes à contracter spontanément la peste ou à être infectés expérimentalement. Pratiquement on peut dire que la peste est une maladie que les rats, les souris et les porcs peuvent avoir spontanément. On peut produire la maladie expérimentalement chez les rats, les souris des maisons, des champs et des bois, les cobayes, les lapins, les porcs, les singes, les chats, les poulets, les moineaux et les mouches. La réceptivité des lézards et des serpents ne se montre que lorsqu'on a élevé la température de ces animaux. Les essais d'inoculation de la peste aux chiens et aux bœufs sont restés sans résultats. H. BOURGES.

A. WLADIMIROFF et K. KRESLING. Zur Frage der Nährmedien für den Bacillus der Bubonenpest (La question des milieux nutritifs pour le bacille de la peste bubonique et sa résistance aux basses températures) (*Deutsche med. Woch., n° 27, p. 430, 1er juill. 1897*).

Le milieu employé pour les cultures était un bouillon de bœuf 500 grammes de viande pour 1 litre, additionné de 0,5 pour 100 de NaCl et de 1 pour 100 de peptone, puis neutralisé avec la lessive de soude. Dans ce bouillon, le bacille de la peste cultive au bout de 24 heures sous la forme d'un trouble extrêmement fin; il se forme, au fond du vase, un dépôt qui augmente de jour en jour ; les couches supérieures reviennent presque claires, traversées par quelques fines traînées blanchâtres partant de la surface. Si l'on ajoute dans le bouillon des solutions de soude variant de 0,5 à 5 pour 100 de bouillon, on constate que le développement des cultures se fait moins bien ; à partir de 4 pour 100, les tubes restent stériles. L'acide chlorhydrique agit à peu près comme la soude, dans les mêmes proportions. L'acide lactique est moins nuisible au développement des bacilles ; 4 pour 100 d'HCl supprime toute végétation tandis que 5 pour 100 d'acide lactique permet à la culture de se développer; toutes choses égales d'ailleurs, c'est le milieu neutre qui est le plus favorable.

L'addition de glycérine au bouillon est plutôt défavorable; il faut une forte proportion de glycérine, 20 pour 100, pour empêcher tout développement. Si l'on compare des bouillons de bœuf, de poule ou de mouton c'est le bouillon de poule non neutralisé qui est le plus actif; après lui vient le bouillon de bœuf.

Dans les bouillons neutralisés mais non peptonisés, c'est encore le bouillon de poule qui tient le premier rang. Si l'on ajoute la peptone, c'est

le bouillon de bœuf qui prend la première place. L'addition de gélatine 1 à 2 pour 100 ou de sucre 1 pour 100 n'augmente pas la valeur du milieu nourricier.

L'action du froid sur les cultures de peste paraît très limitée et se manifeste par un retard dans le développement des colonies; la virulence reste intacte même après 4 heures d'exposition à 21°. H. DE BRINON.

V. DE GIAXA et B. GOSIO. Ricerche sul bacillo della peste bubonica in rapporte alla profilassi (*Ann. d'Ig. sperim., 1897*).

Les expériences ont été faites avec deux cultures du bacille de la peste, provenant l'une de l'Institut Pasteur de Paris, l'autre de Bombay.

Les animaux naturellement réfractaires à la peste, tels que les pigeons, perdent leur immunité, lorsqu'on les fait jeûner.

Les agents désinfectants naturels comme l'air, la lumière, la dessiccation semblent ne tuer le bacille de la peste qu'autant qu'on les fait agir simultanément et à la température de 30 à 35 degrés ; les bacilles succombent alors au bout de peu de jours.

En revanche, le bacille de la peste est très sensible à l'action des désinfectants chimiques usuels. En quelques heures, quel que soit leur nombre dans les matières fécales, ils sont tués par le lait de chaux ou la lessive du commerce. J. B.

W. HAVELBURG. Experimentelle und anatomische Untersuchungen über das Wesen und die Ursachen des gelben Fiebers (*Berlin. klin. Woch.*, nos *23 à 26, 7, 14, 21 et 28 juin 1897*).

Quand on injecte sous la peau d'un cobaye 1 ou 2 centimètres cubes du contenu stomacal d'une personne morte de la fièvre jaune, l'animal succombe immanquablement et l'on trouve dans son sang, en culture pure, le microorganisme qu'Havelburg regarde comme spécifique de la fièvre jaune ; 21 fois il a obtenu le même résultat. La mort du cobaye se produit dans l'espace de 5 à 24 heures.

Ce microorganisme est un bacille, petit, d'une finesse extrême, long de 1 μ et large de 0,3 à 0,5, rectiligne, parfois accouplé ; ses deux pôles sont le mieux visibles, ce qui le fait ressembler à un diplocoque ; il se teint facilement avec toutes les couleurs basiques d'aniline mais non par la méthode de Gram. Il paraît n'avoir ni cils, ni mobilité, ni spores, ne liquéfie pas la gélatine ; ses cultures en bouillon ont une odeur désagréable et une réaction alcaline ; il fait fermenter les bouillons sucrés, coagule le lait, dégage beaucoup d'indol et d'hydrogène sulfuré, se développe dans les milieux les plus acides et est anaérobie facultatif. Il semble plus virulent quand il a crû dans l'hydrogène à l'abri de l'air.

Il est très pathogène pour le cobaye qu'il tue en 24 heures, soit en injection hypodermique, à la dose d'un centimètre cube d'une culture en bouillon, soit en injection intrapéritonéale, à la dose de deux dixièmes de centimètre cube. Il n'a aucune action sur la poule. Il perd facilement de sa virulence, en même temps que sa forme se modifie, dans les cultures

un peu vieilles. H. n'a pu le déceler dans les organes autres que l'estomac et l'intestin. Ses cultures filtrées sont inoffensives ; la température de 65° le tue en 3 heures dans le bouillon. Le sérum sanguin des malades atteint de fièvre jaune n'a aucune influence sur lui, tandis que l'injection du sang de convalescents confère aux cobayes un certain degré d'immunité contre l'infection consécutive.

En résumé, l'agent spécifique de la fièvre jaune pénétrerait dans l'estomac, se multiplierait dans le tube digestif, n'envahirait qu'exceptionnellement l'organisme, mais empoisonnerait l'économie grâce à la mise en liberté, par les sucs digestifs, d'une substance toxique inhérente au corps du bacille, de même que pour le choléra. J. B.

W. DÖNITZ. Ueber das Antitoxin des Tetanus (*Deutsche med. Woch.*, *n° 27*, *p. 428*, *1er juill. 1897*).

Expériences de contrôle sur la valeur du sérum antitétanique de la fabrique de Höchst.

1re série : L'antitoxine peut-elle atteindre le poison tétanique déjà fixé dans les tissus? — Il résulte des expériences que :

1° Dès l'instant où le poison tétanique arrive dans le sang, il se fixe dans les tissus ; 2° dans les cas d'intoxication grave, la dose mortelle est fixée au bout de 4 à 8 minutes ; 3° Le poison ainsi fixé peut être neutralisé par le sérum et par conséquent rendu inoffensif ; 4° Cette neutralisation est d'autant plus difficile que la masse de poison administrée est plus forte et que le temps écoulé avant l'emploi du sérum est plus long.

2e série : Essais de traitement par le sérum sur des bêtes infectées. Ces essais ont été faits sur des cobayes ou des souris ; de petits éclats de bois de la même grandeur imbibés de cultures tétaniques virulentes étaient introduits sous la peau et un certain temps (45 à 53 heures) après l'apparition des premières manifestations tétaniques une injection de sérum était faite dans le péritoine ; la moitié des animaux ont survécu ; ce résultat démontre absolument le pouvoir curatif du sérum, car dans les conditions ordinaires, un animal qui présente de la raideur de la jambe est sûrement perdu.

3e série : Dans le cours de ses expériences, Dönitz a noté un état particulier qui a déjà été signalé dans les recherches sur la maladie pyocyanique et la diphtérie ; une intoxication tétanique sans tétanos ; des animaux qui ont reçu une petite quantité de poison pur ou qui n'ont pas reçu, après l'infection, une dose de sérum suffisante pour la neutraliser se mettent à maigrir présentant parfois de légers phénomènes, comme de la raideur de la nuque, puis se remontent ou meurent après un amaigrissement progressif. H. DE BRINON.

W. REED. On the appearence of certain amœboid bodies in the blood, etc. (Corps amiboïdes dans la variole et la vaccine) (*The Journ. of exper. med.*, *XI*, *n° 5*, *p. 515*, *1897*).

On rencontre, quoique non constamment, dans le sang des singes et des génisses vaccinés, dans celui des enfants et dans le sang des varioleux,

de petits corps amiboïdes mobiles, granuleux, à noyau douteux, semblables à ceux décrits par Pfeiffer. Leur diamètre égale le tiers d'un globule rouge. Ils disparaissent après la période fébrile. Dans le sang normal de l'enfant et du singe, on peut aussi parfois trouver des éléments ayant un aspect analogue.

Dans le sang des varioleux, on trouve des corps amiboïdes pâles, contenant quelques grains de pigment. H. VINCENT.

J. THIROLOIX. Étude bactériologique d'un cas de rhumatisme articulaire aigu (*Soc. de biol.*, *9 oct. 1897*).

Du sang de la veine et du liquide pleural d'un jeune homme atteint de rhumatisme aigu, sont cultivés dans des tubes de bouillon et de lait anaérobies. Le bacille pousse très bien sur agar et dans le vide, à la température de 80°. Après trois ou quatre passages sur lait ou bouillon, le bacille cultive aérobie. Il est pathogène. Chez le cobaye il donne un œdème séro-sanguinolent; chez le lapin il agit comme chez l'homme. Cultivé sur le sérum humain liquide; injecté au cobaye; la sérosité du cobaye est inoculée au lapin. Celui-ci présente (sauf l'arthrite spontanée) tout le tableau clinique de l'attaque du rhumatisme. DASTRE.

Fr. BURZIO. Contrib. sperimentale allo stud. d. patol. del tessuto muscolare (*Turin*, *1897*).

L'injection sous-cutanée, aux jeunes lapins encore allaités, de 1/4 à 1 centimètre cube d'huile camphrée à 10 0/0, pendant 10 jours, amène la mort des animaux, dans le marasme.

Les jeunes chiens empoisonnés de la même façon par la voie digestive succombent également. Les fibres musculaires, traitées par l'acide osmique à 1 0/0 et dissociées après séjour dans le liquide de Muller et la glycérine, montrent les lésions histologiques suivantes : infiltration de gouttelettes de graisse, atrophie des fibres élémentaires, altérations de la striation transversale.

L'auteur rapproche ces lésions de celles que présentent les muscles des enfants morts à la suite de l'anémie pernicieuse et suppose que cette dernière résulte aussi d'une intoxication. H. VINCENT.

CHARRIN. Une variété de bacille pyocyanique; production d'un pigment noir, lésions locales (*Soc. de biol.*, *31 juill. 1897*).

C. présente une variété de bacille pyocyanique qui fabrique un pigment noir de 2 ou 3 jours. Or, ce bacille fait naître chez l'homme des sortes de gommes cutanées, comparables à celles qu'on obtient expérimentalement chez le cobaye avec la variété ordinaire. A. C.

F. BLUMENTHAL. Ueber die Producte der bakterischen..... (Sur les produits de la décomposition du lait par les bactéries) (*Arch. f. pathol. Anat.*, *CXLVI*, *1*).

Blumenthal soumit le lait à la fermentation spontanée ou bien il y

ajouta des cultures pures de bacterium coli, d'oïdium lactis, de bacille typhique, de diplocoques pneumoniques, de bacilles du choléra, de bacille d'acide lactique. Ce dernier seul produit une vraie fermentation lactique. La fermentation à l'air libre qui apporte le même bacille peut déterminer également la formation d'acide lactique; cependant, dans la fermentation spontanée, on voit le plus souvent se produire de l'acide succinique. La fermentation succinique est accompagnée de la formation d'alcool, d'aldéhyde, d'acides volatils. C'est le sucre de lait qui donne naissance à ces produits. La chaleur constante de l'étuve (39° à 40°) donne les mêmes résultats, mais plus rapidement que la température de la salle.

D'autre part, Blumenthal, après avoir établi que les albuminoïdes du lait ne sont pas décomposés par les bactéries, s'est demandé s'il se forme des toxines pendant la fermentation du lait sous l'influence des bactéries. A cet effet, il fit des cultures de bacille cholérique, diphtérique et tétanique dans du lait neutre, et les exposa pendant 4 semaines à la température de l'étuve (39°). Après avoir tué les bacilles à l'aide du chloroforme, il constata que 8 à 10 centimètres cubes du liquide filtré de la culture du choléra, par exemple, provoquent la mort d'un cobaye auquel on les injecte dans la cavité abdominale. Si l'on se sert de *lait alcalinisé* avec le carbonate de soude, 2 à 3 centimètres cubes du liquide filtré de la culture suffisent pour tuer un cobaye du même poids.

Un autre résultat important découle de ces expériences : comme les albuminoïdes du lait ne sont pas décomposés pendant la fermentation, les toxines, ne provenant pas des albuminoïdes, sont ainsi élaborées par les bactéries, sans que celles-ci en empruntent les matériaux aux substances albuminoïdes elles-mêmes. ÉD. RETTERER.

G. SCAGLIOSI. Die Rolle des Alkools..... (Le rôle de l'alcool et des maladies infectieuses aiguës, au point de vue de leur influence sur l'hépatite interstitielle) (*Arch. f. path. Anat.*, *CXLV*, *3*).

Scagliosi injecta sous la peau du cobaye, du lapin et de la poule des cultures de microbes (bacilles du charbon, micrococcus prodigiosus) et étudia les modifications survenues dans le foie. Le foie du cobaye ne présentait, par exemple, dans l'infection produite par le bacille du charbon, que des altérations régressives, tandis que celui du lapin était le siège d'une inflammation du tissu conjonctif interlobulaire. Lorsque les animaux reçoivent diverses fois des injections de microbes non pathogènes, on constate les signes d'une hépatite interstitielle. En laissant vivre les animaux plus ou moins longtemps après qu'ils ont subi à l'inoculation des microbes, on trouve leur foie complètement normal.

S'appuyant sur ces résultats expérimentaux, Scagliosi interprète la genèse de la cirrhose de la façon suivante : quand l'irritation produite par une maladie infectieuse suit son cours normal, c'est-à-dire sans addition d'autre toxique, les altérations du tissu hépatique disparaissent. Si, au contraire, il s'ajoute à ces lésions primaires l'action irritante continue de l'alcool, par exemple, ou de substances analogues, on voit se former une hépatite interstitielle. L'alcool à lui seul n'est pas capable de déter-

miner la cirrhose, mais quand il trouve un terrain propice (lésions irritantes d'une maladie antérieure), il devient la cause de cette évolution spéciale du tissu hépatique. ÉD. RETTERER.

ROGER. Sur le rôle protecteur du foie contre l'infection charbonneuse (*Soc. de biol., 9 oct. 1897*).

L'action du foie sur les bactéries peut être rapprochée de son action sur les poisons. Il y a des poisons qui sont annihilés, d'autres inaltérés ou exaltés. Il en est de même pour les microbes. Le foie annihile une quantité de virus charbonneux soixante-quatre fois supérieur à celle qui tue lorsqu'on l'injecte dans les veines périphériques. DASTRE.

A. BIER. Die Entstehung des..... (Le mode de formation de la circulation collatérale. 1re partie) (*Arch. f. pathol. Anat., CXLVII, 2 et 3*).

Bier démontre par des expériences nombreuses et bien exécutées, aussi bien sur l'homme que sur les animaux, combien sont défectueuses les théories multiples qui ont cours sur le développement de la circulation collatérale. Les essais qui ont trait aux parties ou organes externes parlent tous dans le même sens : après avoir produit une anémie on voit toujours l'hyperémie s'ensuivre, comme si le tissu anémié avait la faculté d'attirer le sang artériel et, notons-le, indépendamment du système nerveux central. La force et la durée de l'hyperémie dépendent : 1° de la durée de l'anémie qui la précédait ; 2° de l'obstacle plus ou moins complet qu'on a opposé à l'arrivée du sang artériel. Si l'on bouche un vaisseau, mais que des vaisseaux voisins continuent à fournir du sang à l'organe, on ne voit pas survenir d'hyperémie. L'exemple suivant montrera combien les théories mécaniques sont insuffisantes pour nous expliquer les faits : sur deux porcs, Bier produit, sur le bras ou la cuisse, une anémie artificielle, puis, il ampute deux doigts au-dessous de la bande d'Esmarch, qu'il enlève ensuite, sans lier un seul vaisseau. Dans les deux cas, la surface de la plaie saigne, le sang s'échappe par jet des artères et malgré cela, il se produit, au niveau des régions qu'étreignait la bande, une hyperémie très intense qui s'étend jusqu'à la plaie. Le tissu anémié attire donc le sang artériel, bien que les vaisseaux du doigt largement ouverts lui opposent une résistance nulle.

Des expériences analogues, portant sur le tube digestif, donnent un résultat négatif : l'oblitération temporaire des vaisseaux d'un segment intestinal poussée jusqu'à l'anémie n'est pas suivie d'hyperémie. Ici on provoque l'hyperémie par l'introduction de substances alimentaires. ÉD. RETTERER.

L. GUINARD et L. TIXIER. Troubles fonctionnels réflexes, d'origine péritonéale, observés pendant l'éviscération d'animaux profondément anesthésiés (*C. R. Acad. des Sc., 2 août 1897*).

Ces recherches ont pour but d'élucider la question de l'état pathologique désigné par les chirurgiens sous le nom de *Choc*. A cet effet, sur des chiens profondément anesthésiés, les auteurs ont pratiqué des éviscéra-

tions totales, de trente minutes de durée, et pendant lesquelles ils faisaient subir aux intestins des traumatismes variés.

Les réflexes circulatoires, traduits par des modifications de la pression, sont, dans ces cas, les plus accusés ; le cœur est ralenti ; la respiration est accélérée. Mais ces divers réflexes sont tardifs, difficiles à obtenir, chez les chiens sains ; chez les chiens malades, dont le péritoine a été rendu plus irritable par un traumatisme antérieur, on voit, au contraire, dès qu'on pratique l'éviscération, la pression faiblir. En résumé, l'état de *Choc* se révèle par des signes physiologiques, qui, enregistrés, correspondent exactement aux symptômes connus en clinique. L'éviscération est moins dangereuse, si le cœur est sain, chez les individus sains que chez ceux dont le péritoine est déjà malade. M. DUVAL.

REINEBOTH. Experim. Studien über die Wiederhausdenhung der Lunge..... (Étude expérimentale sur la réexpansion du poumon, le thorax étant ouvert, en particulier après l'opération de l'empyème) (*Deutsche Archiv für klin. Med.*, *LVIII*, *p. 178*).

On ne peut pas expliquer par l'adhérence progressive du poumon à la plèvre costale le fait que cet organe se dilate peu à peu dans le pneumothorax ouvert. L'auteur a montré que dans le pneumothorax ouvert, le poumon du côté malade est dilaté, dans l'expiration forcée, aux dépens de l'air contenu dans le poumon sain. Le mouvement respiratoire du poumon pneumothoracique dépend du rapport qui existe entre les dimensions de sa bronche principale et celles de l'ouverture du thorax. Un pansement imperméable à l'air permet la sortie pendant la toux de l'air qui avoisine la plaie thoracique et empêche la réintroduction pendant l'inspiration suivante d'une nouvelle quantité d'air égale à celle qui a été expulsée. En même temps, les adhérences, la résorption de l'air par la plèvre, la diminution de l'élasticité pulmonaire ont une importance notable dans le mécanisme de sa distension. C. LUZET.

K. GEORGIEWSKI. Wirkung der Schildrüsenprœparate (Action des préparations thyroïdiennes) (*Zeitschr. für klin. Med.*, *XXXIII*, *p. 153*).

Chez le chien, on obtient en employant les injections sous-cutanées de suc ou d'extrait glycériné de corps thyroïde de bœuf ou bien en donnant dans l'alimentation ce corps thyroïde cuit ou cru, à peu près les mêmes troubles. Ces troubles sont : l'accélération du cœur, une augmentation de température d'un dixième de degré, la polypnée, la polyurie, la polyphagie, la polydypsie, l'azoturie, parfois la glycosurie. A une première période d'excitation succède bientôt une dépression marquée, de la faiblesse, de l'anorexie, des vomissements, parfois une légère albuminurie. Sur la fin, troubles paraplégiques, pertes des réflexes, convulsions cloniques et mort.

Les troubles nerveux sont d'autant plus accentués et d'autant plus rapides que l'animal est plus jeune.

La glycosurie n'apparaît pas quand l'animal est nourri uniquement de viande. L'alimentation hydrocarbonée la favorise beaucoup.

La mort peut survenir malgré l'interruption de l'intoxication thyroïdienne, si celle-ci a été conduite jusqu'à production de troubles nerveux marqués.

La tachycardie s'accompagne d'augmentation de pression. Cette tachycardie n'est pas sous la dépendance des nerfs accélérateurs du cœur. La terminaison périphérique du vague, le centre paralysant du vague ne semblent pas non plus en jeu. Il s'agit, d'après les expériences, d'une action de l'appareil excitomoteur du cœur.

A l'autopsie des animaux morts, les résultats les plus concluants étaient : amaigrissement énorme, hypérémie des reins et par places dégénérescence graisseuse de l'épithélium des canalicules contournés, hyperémie du foie dans un cas, hyperémie constante du cerveau et surtout de la moelle allongée. Hémorragies capillaires fréquentes au milieu de la moelle et au niveau du plancher du quatrième ventricule. Les corps thyroïdes sont pâles, jaunes, plutôt petits. Au microscope les alvéoles sont distendues, l'épithélium est aplati, ses noyaux se colorent fortement, le protoplasma est rare et se colore mal. La paroi entre deux alvéoles est souvent déchirée. Les vaisseaux sanguins et lymphatiques sont atrophiés.

Les recherches pour déterminer et isoler le principe actif du suc thyroïdien ont été infructueuses. PLICQUE.

CORNIL et CARNOT. De la réparation des pertes de substance du foie (*Bull. Acad. de méd.*, *29 juin 1897*).

Les réparations du foie s'effectuent, comme les cicatrices des séreuses, par la multiplication des cellules du tissu conjonctif et des cellules endothéliales qui constituent un nouveau tissu cellulaire vascularisé. La fibrine exsudée, aussi bien que celle interposée artificiellement et aseptiquement entre les lèvres de la plaie, est un adjuvant de ces néoformations réparatrices.

Le même rôle peut être rempli par une éponge imbibée de jaune d'œuf non cuit. LEFLAIVE.

A. GOUGET. Infections hépatiques expérimentales par le « proteus vulgaris » (*Arch. de méd. exp.*, *IX*, *p. 681*, *juill. 1897*).

Chez le lapin ou le chien, l'injection dans le cholédoque de cultures vivantes ou stérilisées du *Proteus vulgaris* détermine de l'infection biliaire avec hypothermie. Anatomiquement, on observe une angiocholite pouvant amener la suppuration des voies biliaires, de l'infiltration embryonnaire des espaces portes, une dilatation très prononcée des capillaires intralobulaires et la nécrose d'un plus ou moins grand nombre de cellules hépatiques.

L'injection du *proteus* dans la veine porte ou dans la circulation générale détermine des lésions hépatiques moins marquées, distensions, parfois ruptures vasculaires, début d'infiltration embryonnaire périlobulaire et dégénérescence de quelques cellules hépatiques. L'introduction du *proteus* dans la circulation générale détermine dans les autres organes

des lésions surtout vasculaires. Le foie subit dans quelques cas la dégénérescence amyloïde. H. BOURGES.

GOURFEIN. Le rôle de l'auto-intoxication dans le mécanisme de la mort des animaux décapsulés (*C. R. Acad. des Sc., 19 juill. 1897*).

L'étude des effets de l'ablation des capsules surrénales amène à admettre que l'organisme des animaux produit, comme résultats des échanges nutritifs, des substances toxiques qui se neutralisent dans ces capsules, à l'état normal, mais qui, après décapsulation, s'accumulent dans l'organisme et produisent l'intoxication. Et en effet l'auteur a montré, dans un travail antérieur (1895), qu'on peut extraire des capsules surrénales une substance toxique qui, injectée à un animal sain, provoque chez lui les mêmes symptômes qu'on observe chez le sujet décapsulé.

Il restait à constater que cette même substance se retrouve dans l'organisme des animaux décapsulés. Et en effet l'auteur rapporte une nouvelle série d'expériences, dans lesquelles l'extrait des organes, des tissus et du sang des animaux décapsulés, injecté sous la peau, provoque ces mêmes symptômes. C'est à l'extrait de foie qu'appartient la plus grande toxicité. D'autre part, il a constaté que les extraits d'organes ou de tissus d'animaux décapsulés, étant mélangés avec du foie de bœuf trituré, perdent une partie de leur toxicité, ce qui indiquerait que ces extraits appartiennent au groupe des alcaloïdes. M. DUVAL.

C. SACERDOTTI. Ueber die compensatorische..... (Sur l'hypertrophie compensatrice des reins (*Arch. f. pathol. Anat., CXLVI, 2*).

Sacerdotti chercha à déterminer les causes qui président à l'hypertrophie compensatrice du rein qui reste après l'extirpation de l'autre.

1° En extirpant l'un des reins à un chien (sans employer ni chloroforme, ni morphine), Sacerdotti constata que la sécrétion urinaire de l'autre continue sans trouble notable ;

2° Après l'extirpation de l'un des reins, il suffit de diminuer l'élimination des produits urinaires en soumettant les animaux à l'inanition tout en leur donnant à boire, pour constater l'absence de divisions cellulaires dans le rein restant. En d'autres termes, il ne survient aucun phénomène d'hyperplasie dans ces conditions même au 9e et 10e jour.

Cependant le rein n'a pas perdu le pouvoir de se régénérer, parce qu'en provoquant une néphrite, les mitoses deviennent abondantes dans l'épithélium des tubes urinifères ;

3° En saignant un chien dont les reins sont intacts et en transfusant dans les veines de cet animal une quantité égale de sang provenant d'un chien néphrectomisé, on constate que ce sang riche en déchets organiques produit une urine du double plus riche en urée.

Si l'on a soin de maintenir cet état pendant quelque temps, on voit par l'examen des deux reins que les épithéliums des tubes urinifères sont le siège de nombreuses mitoses, comme après l'extirpation de l'un des reins.

En résumé, l'ablation de l'un des reins n'est pas suivie de l'accumula-

tion d'urée ou de composés de l'urine dans l'organisme; le rein qui reste suffit pour leur élimination. Cependant il survient bientôt des divisions cellulaires dans l'épithélium rénal, ce qui aboutit à l'hypertrophie compensatrice.

Que l'on enlève l'un des reins ou qu'on augmente les déchets organiques dans le sang, ce sont les épithéliums des tubes urinifères qui répondent à ce surcroît de travail en fournissant, par voie de division cellulaire, des nouvelles assises d'éléments sécréteurs, l'hypertrophie compensatrice n'est qu'une hypertrophie de l'épithélium des tubes urinifères.

ED. RETTERER.

A. JAFFE. Ueber die Veränderungen der Synovialmembran bei Berührung mit Blut (Les modifications de la synoviale au contact du sang) (*Arch. f. klin. Chir., LIV, 1, p. 69*).

Des recherches faites par l'auteur en vue d'étudier les modifications que les synoviales subissent en cas d'épanchement sanguin dans leur cavité, il résulte que : 1° la synoviale n'est pas une membrane séreuse, mais une membrane conjonctive ; 2° le sang injecté dans la synoviale s'y coagule au bout d'une heure. Les caillots diminuent au fur et à mesure que la sécrétion de synovie augmente; 3° du deuxième au huitième jour, on trouve de nouveau des caillots qui vont en diminuant de volume; 4° dès la quatrième heure après l'injection de sang dans la synoviale, il se produit une infiltration de cellules rondes qui disparaît vers le dixième jour ; 5° la plus grande partie de sang liquide est chassée dans les fentes de la synoviale et reprise par les lymphatiques; le reste est résorbé par les cellules conjonctives; 6° dès le sixième jour après l'injection, on trouve une vascularisation très accusée de la synoviale qui est le plus prononcée au huitième jour. MARCEL BAUDOUIN.

Th. KLINGMANN. Ueber die Pathogenese des Naphthalinstaares (Cataracte naphtalinique) (*Arch. f. path. Anat., CXLIX, 1*).

introduisant dans l'estomac des lapins de la naphtaline dissoute dans la paraffine liquide (1 à 2 grammes de naphtaline par jour), Klingmann, détermina chez ces animaux une cataracte complètement mûre au bout de quatre semaines. L'examen clinique des animaux montra une déperdition du poids du corps, des quantités d'albumine et de sang dans l'urine. De plus l'urine renfermait des cellules épithéliales du rein et des quantités notables de phénol.

Les troubles du cristallin et de la cornée sont secondaires et sont le résultat d'une série de manifestations générales. Avant que le cristallin et la rétine ne montrent la moindre altération, on voit l'iris et les tissus circum-iriens présenter des signes d'inflammation. Par l'examen microscopique, il est facile d'établir que l'humeur aqueuse se trouble, que la face antérieure de l'iris se couvre d'un exsudat cellulo-fibrineux, de sorte que l'endothélium antérieur se détache du corps sous-jacent de l'iris.

Les modifications du cristallin sont simultanées ou tant soit peu postérieures à celles de l'iris. Elles se traduisent par l'apparition de bande-

lettes ou stries vitreuses, qui résultent de la production d'encoches à la surface du cristallin et sont dues à un ratatinement du tissu cristallinien à la suite de perte d'eau.

Les troubles du cristallin ne sont pas sous la dépendance de ceux de la rétine. Celle-ci s'altère généralement longtemps après le cristallin. Les altérations de la cornée sont consécutives à l'inflammation de l'iris et des tissus péri-iridiens.

En un mot, la naphtaline ne produit pas seulement une maladie du sang, mais encore une inflammation de l'iris ; la cataracte doit être mise sur le compte de l'une et de l'autre, puisque nous savons que le cristallin emprunte les éléments de sa nutrition au corps ciliaire, aux procès ciliaires et à l'iris lui-même. ED. RETTERER.

W. STOELTZNER. Histologische Untersuchungen..... (Recherches histologiques, faites sur de jeunes lapins, pour déterminer les conditions d'apposition et de résorption du tissu osseux sous l'influence d'une alimentation composée exclusivement d'avoine) (*Arch. f. path. Anat.*, *CXLVII*, *3*).

On sait que l'avoine n'a que des cendres acides et peu riches en sels calcaires. En ne donnant à de jeunes lapins que de l'avoine et de l'eau de puits, on voit, par l'examen histologique, que l'apposition du tissu osseux s'accroît notablement dans les premiers temps. Plus tard, elle cesse complètement et la résorption seule continue à être observée dans le tissu osseux. Il est probable que la résorption est plus forte ; en tout cas, elle n'est pas diminuée, puisqu'on voit de nombreuses érosions lacunaires sur les os. L'arrêt d'apposition n'est pas dû à l'inanition, parce que les animaux ne diminuent pas de poids. C'est donc l'aliment seul qui peut en être la cause. Ce fait explique la diminution du poids du squelette qu'a signalée Weiske sous l'influence de l'alimentation exclusivement composée d'avoine.

D'autre part, quand on mêle à l'avoine soit du carbonate de chaux, soit du carbonate de soude, on ne voit plus survenir ces phénomènes d'arrêt dans l'apposition du tissu osseux. L'influence du chlorure de calcium est à peu près nulle.

A un point de vue plus général, les aliments acides ou peu riches en sels calcaires ne font qu'arrêter la formation de nouvelles lamelles osseuses, mais ne sont pas capables de produire le rachitisme. Le tissu osseux reste normal, bien qu'il cesse de s'en développer à un moment donné.

ED. RETTERER.

PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

A. VER EECKE. Étude de l'action physiologique du chlorhydrate d'eucaïne (*Bull. Acad. de méd. de Belgique, n° 4, 1897*).

Le chlorhydrate d'eucaïne provoque de l'excitation, puis des convulsions et enfin la mort par asphyxie (dose mortelle pour le cobaye : environ $0^{gr},05$ par kilogramme). Il est deux fois moins toxique que la cocaïne. Il ne s'accumule pas et l'organisme peut s'accoutumer à des doses croissantes. Il ralentit le cœur en paralysant les centres intracardiaques et, secondairement, en altérant la fibre musculaire ; il abaisse la pression sanguine. Il excite directement le centre respiratoire bulbaire. Il augmente la diurèse et peut déterminer la glycosurie.

Il ne s'élimine pas par les reins et se décompose probablement dans l'économie. Il est irritant pour la conjonctive, ne modifie pas la pupille et abaisse rapidement la pression intra-oculaire. L'hydrate de chloral supprime ou empêche les convulsions eucaïniques et permet d'administrer des doses ultra-mortelles, mais l'antagonisme n'est pas réciproque. LEFLAIVE.

Zoltan v. VAMOSSY. Ueber Anesin ein neues Ersatzmittell des Cocaïns (*Deutsche med. Woch., n° 36, suppl., p. 58, 2 sept. 1897*).

L'anésime est le trichlor-pseudo-butylalcool ou acéton-chloroforme.

Après constatation de son action anesthésique et de sa non-toxicité chez les animaux, ce corps a été expérimenté en solution à 1 et 2 0/0 chez l'homme. Les expériences ont été faites par Israel pour les affections du nez et du larynx, par Emil Grosz pour l'ophthalmologie, par Hültl pour la chirurgie, par Bilaskó et Antal pour les affections dentaires. Sans être comparable à l'anesthésie produite par la solution de cocaïne à 5 0/0, l'anesthésie est suffisante pour permettre des opérations telles que l'extraction du sac lacrymal, la kélotomie, l'anus contre nature, l'avulsion des dents. Les tissus injectés sont blancs et œdématiés. Le médicament n'a aucune action irritante sur l'œil, il n'influence pas l'iris, il ne produit aucun inconvénient général même à la dose de 10 à 12 seringues de Pravaz. H. DE BRINON.

SIEGERT. Ueber die diuretische Wirkung..... (Action diurétique de l'acide salicylique et de la caféine) (*Münch. med. Woch., p. 527 et 561, 18 et 25 mai 1897*).

Des expériences de l'auteur il ressort que la diurèse caféinique est interrompue par l'acide salicylique même donné en petite quantité. De même que la diurèse, arrêtée par le salicylate de soude, peut être remise

en train par l'injection sous-cutanée de caféine. L'acide salicylique agit sur la circulation en faisant tomber la pression sanguine. L'auteur ajoute qu'il peut être fort utile de combiner l'administration de la caféine et de la digitaline. C. LUZET.

Otto DORNBLUETH. Ueber Kolanine-Knebel (*Berlin. klin. Woch., 21 juin 1897*).

Ernst Knebel a donné dans sa thèse les raisons des résultats thérapeutiques très variables que fournit la kola du commerce. En collaboration avec Hilger (*R. S. M.*, XLIV, 103), il a en effet découvert que les noix de kola ne contiennent aucun alcaloïde préexistant et que leurs effets sont dus à un glucoside, la kolanine qui, sous l'influence d'un ferment, se décompose en partie en caféine et glucose. Il faut un traitement très soigneux des noix pour éviter cette décomposition qui ne doit se faire que dans l'organisme. Dornblüth a expérimenté les tablettes de kolanine de 20 centigrammes de Krewel. Il a obtenu d'excellents résultats, que ne lui avait pas donné la caféine, dans un grand nombre d'états de fatigue intellectuelle ou d'épuisement chez les neurasthéniques, en particulier chez ceux ayant des accès de débilité cardiaque, dans la myocardite chronique, dans la migraine vasoparalytique, dans les céphalalgies, suite de colères, de surmenage, d'excès alcooliques. J. B.

C. R. MARSHALL. On the antagonistic action of digitalis and the members of the nitrite group (*The Journ. of phys., XXII, p. 1*).

Les praticiens ont essayé d'associer l'action de la digitale avec celle des médicaments qui dilatent les vaisseaux : 1° La digitale est un tonique du cœur. On tend à expliquer ses effets par une action sur le muscle cardiaque : la diastole est amplifiée et la systole renforcée. L'action est également énergique sur le ventricule droit et sur le gauche. Enfin l'action sur les vaisseaux est vaso-constrictive. Il y a en résumé élévation de la pression artérielle, fréquemment accompagnée de ralentissement du cœur, puis, plus tard, d'accélération du pouls, et enfin d'irrégularités du cœur. En dernier lieu, la pression baisse rapidement, il y a défaillance du cœur, arrêt et mort. La digitale exerce une action diurétique. 2° Les nitrites sont des substances qui dilatent les vaisseaux sanguins. Ils agissent comme la digitale sur les éléments musculaires (poisons musculaires). Ils dilatent les vaisseaux, agissent rapidement et passagèrement, tandis que la digitale le contracte, agit lentement et d'une façon durable. La digitale arrête le cœur en systole, les nitrites en diastole.

Lorsqu'on fait agir simultanément les deux catégories de substances, chacune tend à produire son effet et le résultat observé dépend de celle des deux qui est en excès au moment considéré. En général, l'effet dilatateur précède et domine l'effet constructeur. Le dernier mot appartient à la digitale dont l'action est plus prolongée. DASTRE.

Hermann EICHHORST. Kryofin. Ein neues Antipyreticum (*Deutsche med. Woch.*, *n° 17, 22 avril 1897*).

La kryofine est un dérivé de la phénacétine ; c'est une combinaison dans laquelle l'acide méthylglykolique remplace l'acide acétique de la phénacétine; elle se présente sous l'aspect de cristaux blancs dépourvus de goût et d'odeur et faciles à réduire en poudre ; pour en dissoudre 1 partie, il faut 52 parties d'eau bouillante et 600 d'eau froide. En solution concentrée, la kryofine est nocive et mordante. On l'a administrée en cachets de 0,50 qui représentent comme effet 1 gramme de phénacétine. Son action antipyrétique dépasse de beaucoup celle des médicaments congénères : elle agit aussi bien sur la fièvre dans les cas de phtisie pulmonaire, de diphtérie à streptocoque, de méningite tuberculeuse, d'endocardite ulcéreuse ou de fièvre typhoïde. Elle n'entraîne aucun effet désagréable pour les malades, quelquefois une sueur abondante accompagne l'abaissement de la température ; d'autres fois il se produit de la cyanose sous l'influence du médicament, la pression du sang monte dans la radiale de 10 à 25 millimètres et cette augmentation de pression coïncide avec une courbe tantôt hyperdicrote, tantôt pleinement dicrote, tantôt subdicrote. H. DE BRINON.

FIEUX. Antipyrine et lactation (*Bulletin méd.*, *5 sept. 1897*).

L'antipyrine passe en nature dans le lait des nourrices ; donnée à dose massive, deux cachets de 1 gramme à deux heures d'intervalle, elle commence à être décelée dans le lait cinq, six, huit heures après l'ingestion et n'y est plus retrouvée dix-neuf ou vingt-trois heures après. L'antipyrine, pendant ce laps de temps, ne passe dans le lait qu'en proportion excessivement faible, très inférieure à 50 milligrammes pour 1000. Ce n'est que dans des conditions exceptionnelles, 4 grammes administrés en 16 heures, qu'elle arrive à atteindre sensiblement cette proportion.

Elle n'influe en rien sur la qualité du lait et en particulier sur la lactose, la caséine ou le beurre ; elle ne paraît nullement agir sur la sécrétion qui reste toujours très copieuse si, du moins, la femme continue à allaiter.

De par l'absence des phénomènes généraux et de par l'examen des pesées, la quantité infinitésimale absorbée par le nourrisson ne semble avoir sur lui aucune action fâcheuse. A. C.

TIKANADZE. Influence de la thyroïdine sur l'assimilation des graisses alimentaires chez l'homme sain (*Thèse de St-Pétersbourg, 1897*).

1° L'assimilation de la graisse pendant le temps de l'expérience (6 jours a diminué de 1,33 0/0 à 4,43 0/0; l'action de la thyroïdine est plus prononcée que celle de la glande crue; 2° la quantité des urines a augmenté; 3° le poids du corps a diminué de 1250 à 2300 grammes (diminution de l'absorption des graisses, augmentation de l'échange des matières azotées,

excrétion exagérée d'eau). Ces effets de la thyroïdine persistaient pendant quelques jours après la cessation de l'administration, en diminuant progressivement. Les phénomènes connus sous le nom de thyroïdisme sont dus à des particularités individuelles. Le traitement de l'obésité par la thyroïdine demande à être étayé sur de nouvelles recherches sur les malades. H. FRENKEL.

VAMOSSY et VAS. Experimentelle Uutersuchungen über die Wirkung des Iodothyrins (*Münch. med. Woch., n° 25, p. 667, 22 juin 1897*).

Des recherches des auteurs sur le sang, le cœur, la respiration, il résulte que l'iodothyrine ne peut par elle-même exercer d'action directe ni sur le système nerveux, ni sur le cœur, le sang ou le système vasculaire et que son action spécifique se borne à des modifications des échanges nutritifs. C. LUZET.

D. AMES et HUNTLEY. The nature of the leucocytosis produced by nucleinic acic (*Journ. Amer. med. Ass., 4 sept. 1897*).

Dans cette note préliminaire, A. et H. rendent compte de leurs expériences sur des chiens auxquels ils injectèrent sous la peau de la solution de nucléine et cherchent à établir, d'après les résultats expérimentaux, qu'il s'agit bien d'une réelle augmentation actuelle des leucocytes se manifestant tout aussi bien dans la circulation centrale que dans la circulation périphérique. CART.

BRONOWSKI. Sur l'action du lactate de strontium (*Mém. de la Soc. méd. de Varsovie, XCII, 1897*).

La partie clinique est basée sur 13 observations très complètes de diverses variétés de néphrite ; la partie expérimentale comprend les recherches faites sur les 7 lapins et 10 chiens. Le lactate de strontium fut introduit aux animaux par voie veineuse :

1° Sous l'influence du lactate de strontium, la pression sanguine n'est pas augmentée, mais diminuée ; 2° le pouls, d'abord plus rare, s'accélère avec l'augmentation des doses ; la respiration reste accélérée pendant toute la durée des expériences ; 3° les fortes doses de cette substance (au-dessus de 1 gr. par 14 kilogr. de poids d'animal) irritent les reins ; en augmentant graduellement les doses l'urine devient sanglante, ce qui est dû soit à l'hyperémie rénale, soit à l'action délétère des sels de strontium sur les parois des vaisseaux rénaux ; 4° dans certaines formes de mal de Bright, le lactate de strontium a une action diurétique sûre et diminue la quantité d'albumine. L'action diurétique dépend probablement de la dilatation des vaisseaux par l'intermédiaire des nerfs du rein et des vaso-moteurs ; 5° le lactate de strontium ne paraît pas avoir une action directe sur l'épithélium rénal. H. FRENKEL.

H. JAY, Sur la vitesse d'élimination de l'acide borique par l'urine (*Ann. d'hyg. publ., p. 288, juin et sept. 1897*).

L'urine normale des hommes et des animaux herbivores renferme des doses appréciables d'acide borique (Jay et Dupasquier). (*C. R. Acad. des sc.*, 29 juillet 1895.) Les doses d'acide borique atteignent leur maximum dans les urines du matin, pour devenir minimum dans les urines émises l'après-midi, celles du soir se tenant au milieu.

L'acide borique, ingéré en quantité plus considérable que ne nous le fournissent les aliments végétaux solides et liquides, s'élimine déjà en quantité très appréciable après 3 heures d'absorption, atteint son maximum d'élimination entre 11 et 18 heures pour décroître rapidement et revenir, dans la plupart des cas, après 30 heures à la dose normale.

L'élimination est plus rapide quand l'acide a été absorbé au moment du repas du soir, qu'au lever à jeun. Tout l'acide borique absorbé n'est pas éliminé par les urines. J. B.

Mme A. MELIKOFF-GOLDBERG. Recherches physiologiques sur l'acide phénylglycolique et ses isomères optiques et de constitution (*Thèse de Genève, 1897*).

L'acide phénylglycolique ou amygdalique, dérivé du benzène, fournit lui-même des produits thérapeutiques, tels que l'homatropine et le phénylglycolate d'ammoniaque.

L'acide phénylglycolique et ses isomères ont une action dépressive sur le système nerveux central, se caractérisant, chez les mammifères, par de la faiblesse et du collapsus, et, chez les grenouilles, par de l'inertie fonctionnelle procédant du centre à la périphérie. En outre, quelques phénomènes spéciaux distinguent chacun de ces corps. Les phénylglycolates se caractérisent par des contractions toniques des muscles chez la grenouille ; le phénylacétate paralyse rapidement le cœur, le méthylsalicylate arrête la respiration et l'oxyméthylbenzoate provoque une torpeur aboutissant bientôt à la narcose. Avec aucun de ces corps, on n'a trouvé de raie de méthémoglobine dans le sang.

La faible toxicité de l'acide phénylglycolique doit être attribuée à la présence du groupe hydroxyle lié à la chaîne latérale.

Les isomères contenant le groupe OH dans le noyau benzénique sont les plus toxiques. La substitution d'hydrogène du groupe phénolique OH par le radical alcoolique CH^3 diminue notablement la toxicité de la molécule (acide méthylsalicylique).

La diminution de toxicité a lieu également dans les cas de substitution de l'atome d'hydrogène de OH phénolique par le reste d'acides gras, comme CH^2OH (cas de l'acide phénoxylacétique).

La déshydratation d'un corps aromatique à la fois acide et alcool augmente son action physiologique (phtalide).

L'arrangement des atomes dans la molécule de l'acide phénylglycolique n'influe pas sur l'action physiologique. L'action des stéréo-isomères droit et gauche ne diffère pas sensiblement de celle de l'acide racémidé. J. B.

C.-R. MARSHALL et H. HEATH. The pharmacology of the chlorhydrins (*The Journ. of phys., XXII, p. 38*).

Les auteurs veulent déterminer l'influence de l'atome de chlore en combinaison organique sur le cœur et les vaisseaux. L'introduction du chlore dans les composés de la série grasse, dans les dérivés du méthane et de l'éthane en augmente le pouvoir narcotique. Elle en augmente aussi le pouvoir toxique, à moins que le composé soit très modifié, quant à ses propriétés physiques et spécialement quant à sa solubilité. Ainsi la dichlorhydrine est plus soluble que la trichlorhydrine, et conséquemment son action irritante est plus évidente. L'influence sur le tissu musculaire grandit rapidement avec chaque addition de chlore et parallèlement à l'effet narcotique. Le cœur est d'autant plus rapidement paralysé et les vaisseaux dilatés, que le chlore augmente dans le composé. L'effet de dépression sur le système sanguin est proportionnel à la quantité de chlore.

DASTRE.

EINHORN et HEINTZ. Orthoform (L'orthoforme anesthésique local) (*Münch. med. Woch., p. 931, 24 août 1897*).

L'orthoforme est une poudre cristalline sans odeur ni goût, peu soluble dans l'eau, se combinant avec l'acide chlorhydrique, mais formant un chlorydrate à réaction fortement acide. Appliqué sur une plaie récente ou sur les ulcères douloureux il produit une anesthésie locale de longue durée. Il a été employé avec succès dans les ulcérations du larynx. Il est, par contre, peu utilisable à l'intérieur dans l'ulcère douloureux de l'estomac.

C. LUZET.

HAWKES. Deux cas d'intoxication par la scopolamine survenus dans la pratique ophtalmologique (*Ann. d'oculist., juill. 1897*).

Les tablettes employées contenaient chacune 0gr,000648 de bromhydrate de scopolamine; chez une jeune femme, deux tablettes déterminèrent, au bout de 20 minutes, une sorte d'ivresse, de la titubation, de l'insomnie, des étourdissements, de la lourdeur de tête; après une demi-heure de sommeil tout avait disparu. Chez une jeune fille de 10 ans, deux tablettes, au bout d'une demi-heure, produisent du sommeil, des hallucinations de la vue et de l'ouïe ; elle dit voir des animaux et des personnes dans son lit et dans sa chambre ; dans les hallucinations de la vue la couleur rouge semble prédominer; pour elle, tout est couvert de sang. Après quelques doses d'un mélange d'hydrate de chloral et de bromure de potassium, la malade s'endormit pour se réveiller six heures plus tard, à son heure habituelle, libre de tout délire, et ne se rappelant de rien.

ROHMER.

Neil MACLEOD. Morphin habit of long standing cured by bromide poisoning (*Brit. med. Journ., p. 76, 10 juill. 1897*).

Relation de deux cas, où un empoisonnement accidentel par le bromure de potassium guérit une morphinomane invétérée. Dans le premier cas, il s'agit d'une femme qui, au lieu de prendre tous les quarts d'heure une demi-

once d'une potion très concentrée de bromure de sodium (12 drachmes), l'avale d'un seul coup ; elle tombe dans un état comateux qui dure quatre jours. A son réveil elle était guérie de sa passion de morphine qui, depuis, ne s'est plus réveillée. Le second cas concerne un marin morphinomane, auquel, intentionnellement, l'auteur administra le bromure à dose massive (3 grammes toutes les trois heures) et qui, au bout de huit jours d'une somnolence voisine du coma, se réveille guéri, sans aucun désir de morphine. H. RENDU.

I. — W. KEMPNER et B. POLLACK. Die Wirkung des Botulismustoxins und seines specifischen Antitoxins auf die Nervenzellen (*Deutsche med. Woch., 5 août 1897*).

II. — BRIEGER et W. KEMPNER. Beitrag zur Lehre von der Fleischvergiftung (Contribution à l'étude du botulisme) (*Ibid., p. 521, 12 août 1897*).

I. — K. et P. ont étudié à l'aide de la solution alcoolique de bleu de méthyle, d'après la méthode de Nissl, les modifications que la toxine botulique et son antitoxine exercent sur les cellules nerveuses des cornes antérieures de la moelle. Confirmant les faits décrits par Marinesco, ils ont constaté que, chez les animaux intoxiqués, les éléments chromatophiles des cellules nerveuses se raréfient et disparaissent ; cette raréfaction commence à la périphérie et surtout vers un des pôles ; dans un stade plus avancé, la cellule paraît grossie, la substance intermédiaire se colore en bleu mat, les nucléoles se distinguent par leur coloration plus foncée et leurs contours nets, le noyau paraît souvent vésiculaire. Plus tard on ne distingue presque plus que le noyau au milieu d'une masse amorphe qui a perdu ses contours. La cellule prend de moins en moins la matière colorante et paraît presque entièrement claire. La faculté d'absorber la matière colorante reparaît dans la cellule régénérée. L'altération des cellules commence à se manifester très nettement 20 heures après l'injection toxique. Ces modifications cellulaires sont proportionnées à la dose employée. L'injection de sérum antitoxique faite neuf heures avant l'injection toxique peut neutraliser le poison. 24 heures après l'empoisonnement à doses mortelles, on peut sauver l'animal par une injection de sérum et cela bien que les cellules nerveuses soient déjà notablement altérées seus l'influence du sérum, les cellules altérées reviennent à l'état normal. Ce retour à l'état normal peut être considéré comme une régénération complète. La régénération des cellules est beaucoup plus lente et ne se produit que longtemps après la disparition des phénomènes morbides.

II. — En employant la méthode qui leur avait déjà servi à isoler la toxine diphtérique et la toxine tétanique, B. et K. sont arrivés à isoler, des cultures du bacille botulique, une substance qui, à la dose de 0,00005 à 0,00001, tue en 48 heures un cochon d'Inde de 250 grammes et, à la dose de 3 centimètres cubes sous la peau, tue en 4 jours un chat de 1,720 grammes. Cette substance renferme encore des albumoses dont il est très difficile de la séparer, néanmoins elle est constituée en grande partie par la toxine botulique. K. est arrivé en l'injectant à obtenir un sérum antitoxique très puissant. Desséchée, cette substance peut se conserver longtemps même exposée à l'air à condition d'être à l'abri de la lumière, mais elle est extrêmement sensible

à l'action de l'éther, de l'alcool et des autres substances oxydantes, elle résiste au contraire très bien aux agents réducteurs, même à l'amalgame de sodium. Cette toxine botulique se produit exclusivement sous l'influence de l'activité biologique du bacille d'Ermengem. La viande de porc décomposée et les différents liquides putrides n'en renferment pas. Le bacille de l'entérite considéré par Gartner comme l'agent du botulisme ne produit qu'une toxine plus active, dont il faut 0,5 pour tuer un rat en 2 jours. Lorsque les viandes infectées de bactérium coli produisent des accidents graves, ces accidents sont dus, non aux produits spécifiques de ces bacilles, mais aux produits de transformation de l'albumine par des microbes encore inconnus; c'est ainsi que B. et K. ont pu retirer du sang décomposé une toxine dont 1/10 millième suffit pour tuer un cobaye avec des phénomènes paralytiques. Dans un cas de mort attribué à une intoxication par la viande, B. et K. ont trouvé dans les pièces cadavériques soumises à leur examen des cultures pures de streptocoques très virulentes leur permettant de conclure à une septicémie aiguë et non à un cas de botulisme.

La toxine botulique administrée aux animaux à dose non mortelle détermine des accidents paralytiques et la dégénération des organes parenchymateux qui aboutit en quelques mois à une cachexie mortelle. Des recherches ont été faites au point de vue de savoir s'il n'existerait pas dans le sang des tabétiques et myélitiques une toxine spéciale et peut-être aussi une antitoxine du botulisme, mais elles sont restées négatives.

H. DE BRINON.

C. BROWN. A case of corrosive poisoning in which the mucous membrane of the œsophagus and of a part of t e stomach was vomited as a complete cast (*New-York med. Journ., p. 402, 18 sept. 1897*).

Le 26 avril, un homme de 32 ans avala, par mégarde, un liquide corrosif (resté indéterminé): il ressentit aussitôt une violente brûlure dans la bouche, la gorge, l'estomac, fut pris de vomissement et incapable d'avaler quoi que ce soit.

Le lendemain, on constatait que la muqueuse de la bouche et du pharynx se détachait presque tout entière en lambeaux; on prescrivit un collutoire au tanin et à la cocaïne, des lavements nutritifs.

Deux jours après, les parties brûlées de la bouche étaient devenues noirâtres et il s'écoulait un liquide chargé de pus et de sang. Le 7 mai, hémorragie profuse, le patient vomissant de 3 à 400 grammes de sang à plusieurs reprises différentes. Dans un vomissement on retrouva la membrane muqueuse et le tissu sous-muqueux de l'œsophage et de l'estomac. Une partie de la couche musculaire de l'œsophage adhérait à la muqueuse, et cette portion œsophagienne donnait le moule parfait de l'organe, la muqueuse de l'estomac était déchiquetée et en lambeaux, ce qui était peut-être dû à une action moins prononcée de l'agent corrosif : le lambeau mesurait au total 42 centimètres; après l'expulsion de cette muqueuse, survint une hémorragie plus profuse qui s'arrêta au bout de trente-six heures. Le patient put alors déglutir du bouillon, du lait, du brandy, dont on augmenta progressivement la quantité. Le 30 mai, on constatait que la nourriture ingérée passait dans l'intestin sans y subir aucune digestion; l'œsophage était rétréci sur toute sa longueur.

Le 1er juin, le malade vomit des lambeaux de substance brune, ressemblant à des portions de muqueuses, avec une odeur très fétide. Cela dura deux ou trois jours, puis survinrent des vomissements de matière jaunâtre, plus fétide encore ; le patient reste dans cet état, s'affaiblissant chaque jour, vomissant abondamment, et mourut le 24 juin. P. MAUBRAC.

Bradshaw REILLY. Death from pyrogallic acid poisoning (*Brit. med. Journ., p. 81, 10 juill. 1897*).

Une femme de 32 ans avale, dans un but de suicide, une demi-once d'acide pyrogallique préparé pour la photographie. En quelques heures, elle se cyanose et les téguments prennent une couleur grisâtre. Intelligence nulle, extrémités froides, langue brune et sèche, pouls rapide et faible, vomissements, puis bientôt après diarrhée et hématurie. Pas de douleurs abdominales, mais céphalée, aboutissant, au bout de 48 heures, à du coma. A l'autopsie, congestion générale des viscères, surtout des reins, qui sont d'un pourpre noir : inflammation diffuse du tube digestif. H. RENDU.

Irving M. SNOW. Empoisonnement d'un enfant nouveau-né par l'acétanilide (*Arch. of pediatr., juin 1897*).

Il s'agit d'un nouveau-né dont on avait pansé le cordon ombilical avec quel ques cristaux d'acétanilide. On employa ainsi 3 grammes environ. Le 9e jour l'enfant se cyanosa, sa respiration devint rapide et son pouls misérable : il succomba en 48 heures. L'auteur a recueilli des observations analogues dans la littérature médicale. H. RENDU.

KUENNE. Massenvergiftung durch Dämpfe von rauchender Salpetersäure (Intoxication par les vapeurs d'acide sulfurique fumant) (*Deutsche med. Woch., p. 414, 24 juin 1897*).

Pendant l'incendie d'une fabrique de couleurs, les ouvriers furent exposés aux vapeurs provenant d'acide sulfurique répandu sur le sol. Ils étaient obligés, toutes les 2 ou 3 minutes, de se remplacer, étant pris de toux violente, de contractions de la poitrine, vomissements et céphalée. Ces malaises se dissipèrent plus ou moins rapidement et ils purent rentrer chez eux. Bientôt apparaissait une nouvelle série de phénomènes qui aboutit, chez deux d'entre eux, à la mort. Ces malaises secondaires consistaient en une dyspnée violente, des vomissements fréquents, de la tachycardie, une coloration bleuâtre de la peau, des lipothymies, parfois des contractions ou une grande agitation. Tous se plaignaient d'une sensation de faiblesse extrême avec serrement de la poitrine. Quelques-uns présentaient le pouls très lent (45 à 54). L'expectoration avait la couleur jus de citron et, dans les cas plus graves, mêlée de sang. Ces phénomènes n'ont pas duré plus de 3 à 5 jours. Deux malades se sont plaints de douleurs dans le cou, particulièrement au niveau du larynx et de l'os hyoïde. La déglutition était douloureuse bien que le fond de la gorge ne fût pas rouge. La fièvre était modérée et ne dépassait guère 39°, la plupart des malades n'en avait pas du tout. Trois d'entre eux ont eu de l'albumine dans les urines qui persista pendant quelques jours.

H. DE BRINON.

Paul JACOB. Ueber einen tötdlich verlaufenen Fall von Kali chloricum-Vergiftung (*Berlin. klin. Woch., 5 juill. 1897*).

Fait rare de suicide par ingestion de chlorate de potasse (25 grammes). Femme de 39 ans, admise 30 heures après son empoisonnement. Sopor, visage cendré, cyanose intense de la langue, des lèvres, des oreilles et des ongles; taches ecchymotiques sur les tempes; pouls filiforme; dyspnée extrême. 4 injections camphrées, lavages de l'estomac (liquide vert); injection rectale, 2 saignées qui donnent très peu, 2 injections sous-cutanées consécutives d'un litre de solution salée physiologique; acétate de potasse et bicarbonate de soude.

Le sang présente 4,425,000 hématies et 80,400 leucocytes (39°). Le lendemain matin, amélioration considérable, connaissance parfaite, température normale, pouls bon, cyanose moindre; plus de diarrhée; anurie persistante, léger ictère. Suppression absolue des réflexes rotuliens. Le jour suivant, seulement 1,825,000 hématies et 60,800 globules blancs. L'ictère devient plus prononcé; la malade mange, mais la respiration reste un peu dyspnéique et l'anurie continue. Le 3e jour, sensibilité des hypocondres sans augmentation de volume du foie ou de la rate.

La quantité d'urine recueillie par la sonde oscille quotidiennement entre 50 et 70 centimètres cubes; l'urine est rouge foncé, renfermant beaucoup d'albumine et de sang, de moins en moins d'hématies intactes et de plus en plus de débris de globules rouges.

Le 5e jour, 2,225,000 hématies, 14,800 globules blancs et 20 0/0 d'hémoglobine.

Mort brusque le matin du 6e jour par collapsus. J. B.

F. von STRANSKY. Ein Fall von Phosphorvergiftung mit Tetanie (*Prager med. Woch., 12 août 1897*).

Une jeune fille de 18 ans avale, le 23 février, une dissolution d'environ 0gr,45 de phosphore provenant d'allumettes. Amenée à l'hôpital au bout de six heures elle vomissait et répandait une odeur phosphorée très marquée. On lui lave l'estomac avec 50 litres d'une solution d'eau oxygénée à 1 0/0; puis on provoque des évacuations par une purgation et un grand lavement. La présence de phosphore fut constatée dans les garde-robes. Les vomissements s'arrêtèrent et, sauf un peu de sensibilité à la pression de l'estomac, l'état de la malade était normal.

Le 26, la malade présente un léger ictère et accuse quelques crampes dans les membres inférieurs. Le lendemain, la température s'élève à 37°,7; puis la tendance aux spasmes s'exagère les jours suivants à la face, aux membres. Le 29, le tableau clinique de la tétanie était complet; des contractions spontanées se produisaient, duraient une demi-heure et s'accompagnaient de vives douleurs; la pression sur les nerfs provoquait des spasmes. A partir du 4 mars, l'état s'améliora et la malade était guérie vers le 10 mars.

LEFLAIVE.

RENON. Recherche du plomb dans les glandes salivaires au cours de l'intoxication saturnine aiguë expérimentale (*Soc de biol., 2 oct. 1897*).

Deux fois sur dix, on a trouvé du plomb dans les glandes salivaires de cobayes intoxiqués par la céruse. Cette localisation expliquerait certaines parotidites chez l'homme. DASTRE.

HOPPE-SEYLER et RITTER. Zur Kenntniss der acuten Sulfonalvergiftung (Intoxication aiguë par le sulfonal) (*Münch. med. Woch., n°s 14 et 15, p. 355 et 391, 6 et 13 avril 1897*).

La cause des altérations dans l'intoxication aiguë par le sulfonal, ainsi qu'il résulte des expériences des auteurs, siège tout d'abord dans une destruction des globules rouges du sang. Celle-ci provoque ensuite primitivement la dégénérescence graisseuse et la nécrose dans le cœur, le foie, les reins ainsi que dans l'estomac et dans l'intestin. Secondairement il se produit par aspiration du contenu de la bouche et de l'estomac dans les voies aériennes, à la suite de l'action du poison sur le cerveau, de l'anesthésie des muqueuses et de la perte des réflexes qui en résultent, une broncho-pneumonie. La dégénérescence graisseuse du cœur produit de la stase dans tous les organes. LUZET.

THÉRAPEUTIQUE.

Aug. WALLER. Action upon isolated nerve of anæsthetics, sedatives and narcotics (*Brain, p. 569, part LXXV*).

1° Les anesthésiques à petite dose augmentent l'excitabilité d'un nerf isolé ; à forte dose la diminuent ou l'abolissent d'une façon temporaire ou permanente.

2° L'acide carbonique agit sur la fibre nerveuse comme un anesthésique.

3° Un nerf isolé est plus sûrement anesthésié par l'éther que par le chloroforme.

4° Il existe un antagonisme apparent entre le chloroforme et l'acide carbonique au point de vue de leur action sur la fibre nerveuse isolée.

5° Les bromures exercent une action déprimante sur l'excitabilité du nerf isolé. Suivant la nature de la base, ces propriétés varient, le bromure de potassium est plus déprimant que celui de sodium.

6° Il existe un antagonisme entre le chlorure de potassium et les sels de calcium et de strontium.

7° Parmi les alcaloïdes et les autres narcotiques, quelques-uns sont déprimants, d'autres inertes. A cette dernière catégorie appartiennent la morphine, la strychnine, la muscarine, l'atropine et l'aconine. Au contraire, sont vraiment déprimants : l'opium, la cocaïne, l'aconitine, la vératrine, le chloral et le butyl chloral. H. RENDU.

A.-F. MANKOWSKI. L'extrait de capsules surrénales comme moyen de rappeler à la vie les chloroformisés en état de mort apparente (*Arch. russes de pathol., août 1897*).

Ayant remarqué l'action excitante de l'extrait surrénal sur le cœur, M. eut l'idée d'examiner sa valeur comme moyen contre l'asphyxie chloroformique. Il chloroformisait les animaux (chiens) jusqu'à la mort apparente et leur injectait ensuite dans la veine jugulaire externe de l'extrait surrénal à 1 0/0. Dans la majorité des cas, les animaux ont pu être ainsi ramenés à la vie surtout si l'injection de l'extrait était faite pas plus tard que 30 secondes après le début de la mort apparente. Les procédés de Laborde, de König-Maass, de Schüller ont donné des résultats inférieurs à ceux qu'on a pu obtenir avec l'extrait surrénal. De grandes doses de l'extrait agissent comme poison. H. FRENKEL.

BERGONIÉ et MONGOUR. Les rayons R. ont-ils une action sur la tuberculose pulmonaire de l'homme? (*Arch. d'électr. méd., 15 août 1897*).

Dans deux cas de phtisie aiguë, chez des malades très affaiblis, l'action a été nulle. Dans 3 cas de tuberculose chronique, 1 résultat nul, 1 amélioration de l'état général sans modification de l'état local, 1 amélioration locale et générale passagère. Le traitement n'a été suivi d'aucun accident. Le bacille de Koch n'a paru modifié ni comme nombre, ni comme forme.

A. CARTAZ.

OUDIN et BARTHELEMY. Note sur l'application de la méthode Röntgen au diagnostic différentiel de la goutte et du rhumatisme chronique (*Soc. méd. des hôp., 28 mai 1897*).

En dehors de la présence ou de l'absence des tophus caractéristiques de la goutte, et reconnaissables à l'examen radiographique par leur teinte relativement blanche, tranchant sur la couleur plus foncée du tissu osseux, la disparition des espaces clairs interosseux au niveau des jointures est, avec l'hypertrophie et la déformation des extrémités articulaires des os, le signe distinctif que fournit la méthode de Röntgen pour le diagnostic du rhumatisme chronique. H. R.

Ch. BOUCHARD. Quatrième note sur les applications de la radioscopie au diagnostic des maladies du cœur (*C. R. Acad. des Sc., p. 1069, 17 mai 1897*).

Dans l'insuffisance aortique, la chute brusque de la tension vasculaire, due à l'impossibilité de l'occlusion des valvules sigmoïdes, et le reflux du sang qui en est la conséquence mettent l'aorte dans un état de vacuité relative auquel succède brusquement une réplétion quand survient la systole suivante du ventricule; c'est ce qui fait que, par les rayons de Röntgen, on voit battre l'aorte ascendante à droite du sternum, l'aorte descendante à gauche de la colonne vertébrale. Quand l'aorte est normale, on ne la voit pas; quand elle est simplement dilatée, on la voit, mais on ne

distingue pas ses battements. L'existence d'une ombre qui bat en avant en s'écartant et se rapprochant des deux bords du sternum, qui bat en arrière en s'écartant et se rapprochant du bord gauche de la colonne vertébrale, est caractéristique de l'insuffisance aortique. M. DUVAL.

SCHRÖDER. Ueber das neue Tuberculin (*Münch. med. Woch., p. 797, 20 juill. 1897*).

L'auteur rapporte trois observations de tuberculeux chez lequels la tuberculine R a produit une aggravation. Il constate que ce produit n'a rien de supérieur à l'ancienne méthode de traitement, chez les phtisiques au début (les seuls qui théoriquement soient capables d'en profiter), et que de plus l'ancienne méthode, moins coûteuse, ne donne pas la crainte de nuire à ses malades. C. LUZET.

J.-O. HIRSCHFELDER. Die Behandlung der Tuberkulose..... (Le traitement de la tuberculose par les oxytoxines (*Deutsche med. Woch., 6 mai 1897*).

Le fait, admis aujourd'hui, de la guérison des péritonites tuberculeuses par une simple ouverture de l'abdomen, ne semble pouvoir admettre d'autre explication que l'action de l'oxygène de l'air. Il se produirait une oxydation des toxines renfermées dans la cavité abdominale, oxydation qui les transformeraient en antitoxines douées de propriétés curatives. L'oxydation de la toxine tuberculeuse se produit artificiellement si l'on fait agir pendant un certain temps de l'eau oxygénée sur de la tuberculine. L'auteur mélange 60 centimètres cubes de tuberculine avec 240 centimètres cubes d'eau oxygénée à 10 volumes pour 100 et ajoute 936 centimètres cubes d'eau. Le mélange est stérilisé par un séjour de 96 heures dans l'autoclave, additionné de 5 pour 100 d'acide borique et filtré. La tuberculine est préparée directement à l'aide de cultures très virulentes. Le point important de la préparation est l'oxydation complète de la tuberculine ; si une partie de la substance échappe à l'oxydation, le médicament devient très dangereux ; il doit être essayé sur les animaux avant d'être employé.

L'oxytuberculine ne suffit pas dans les cas de tuberculose associée ; pour ces cas, l'auteur prépare avec la substance même des crachats et en suivant les mêmes procédés une oxysepsine qui est injectée en même temps que l'oxytuberculine. Les doses habituellement employées sont de 20 centimètres cubes d'oxytuberculine et de 10 centimètres cubes d'oxysepsine, mais on peut aller jusqu'à des doses représentant $2^{gr},5$ de tuberculine et jusqu'à 60 centimètres cubes d'oxysepsine ; on emploie la seringue à injection de sérum. L'injection ne détermine aucune réaction locale ou générale. Les résultats seraient extraordinairement rapides, la toux et l'expectoration disparaissent, l'état général s'améliore, l'appétit revient, la fièvre disparaît et les signes physiques d'auscultation disparaissent complètement. Huit observations sont données à l'appui. La méthode d'oxydation des toxines n'est pas exclusive à la tuberculose, elle peut s'appliquer aux autres infections. H. DE BRINON.

I. — V. JÉZ. Ueber das neue Tuberculin Koch's (*Wiener med. Woch., 24 et 31 juill. 1897*).

II. — WHITE. The diagnostic value of tuberculin (*Boston med. surg. Journ., 5 août 1897*).

III. — SEARS. The tuberculin test in ten cases of acute pleurisy (*Ibid., 6 août 1897*).

IV. — HEWES. Treatment of 4 cases of pulmonary tuberculosis with Koch's new tuberculin (*Ibid., 9 sept. 1897*).

V. — MAC FARLAND. Antituberculine (*Journ. Amer. med. Ass., 21 août 1896*).

I. — J. a fait des recherches bactériologiques et des essais thérapeutiques avec cette substance. Il ne peut nullement recommander la nouvelle tuberculine de Koch (T. R.) comme agent immunisant vis-à-vis de la tuberculose ; il s'élève au contraire avec force contre son emploi. Malgré son prix excessif, il a de plus trouvé que l'asepsie de cette préparation laissait beaucoup à désirer ; l'examen bactériologique y révèle toujours de nombreux microorganismes.

II. — De nombreuses objections ont été faites contre l'usage de la tuberculine comme moyen de diagnostic : intoxication du patient, réveil d'une diathèse latente, etc.; mais W. ayant pratiqué un grand nombre de ces injections au Massachusetts General Hospital, déclare n'avoir jamais observé de tels accidents. Il pense donc que la tuberculine peut donner en médecine humaine d'aussi brillants résultats qu'en médecine vétérinaire où son emploi est courant.

III. — Chez 10 malades atteints de pleurésie aiguë, S. a injecté de la tuberculine à la dose maxima de 1 milligramme. Dans 9 cas, la température s'élevait dans les 24 heures pour revenir ensuite promptement à ce qu'elle était avant l'injection. C'est une proportion à peu près identique à celle obtenue par Netter, qui sur 15 cas de pleurésie notait 13 fois la réaction caractéristique.

IV. — H. a soumis au traitement par la T R, 4 tuberculeux de l'un et l'autre sexe âgés de 23 à 48 ans, et noté avec grand soin les modifications de température et celles survenant dans l'auscultation, l'expectoration et l'état général des sujets. Les résultats relativement à l'amélioration de la tuberculose furent dans les 4 cas pratiquement nuls.

V. — L'antituberculine dont M. F. s'est servi dans ses expériences sur des cochons d'Inde est le sérum du sang d'âne préalablement immunisé. De tous les animaux atteints de tuberculose expérimentale, les uns furent inoculés avec l'antituberculine et les autres conservés comme témoins : il ne semble pas que la survie chez les premiers ait sensiblement dépassé la survie chez les seconds. Cependant Mc F. croit que l'on a dans l'antituberculine une substance utile dans le traitement de la tuberculose en ceci qu'elle améliorerait certains symptômes associés aux conditions toxiques actuelles du malade.

CART.

I. — SCHULTZE. Kurze Mittheilung über das neue Koch'sche Tuberkulin (*Deutsche med. Woch.*, *8 juill. 1897*).

II. — BUSSENIUS. Einige Mittheilungen über die bisher bei Anwendung des T. R. Tuberkulins gesammelten Erfahrungen (*Ibid.*, *8 juill. 1897*).

III. — SEELIGMANN. Ueber einen Fall von Genital-und-Haut-tuberkulose, behändelt mit Tuberkulin R. (*Ibid.*, *22 juill. 1897*).

IV. — WÖRNER. Ueber das T. R. Tuberkulin..... (*Ibid.*).

V. — SLAWYK. Die bisherigen Erfahrungen mit Tuberculinin R. auf der Kinderstation der Charité (*Ibid.*).

I. — Neuf malades ont subi, pendant un à deux mois, le traitement par la tuberculine T. R. Aucun n'a éprouvé les inconvénients que l'on observait avec l'ancienne tuberculine.

Deux malades ont dû interrompre la cure, l'un par suite de l'apparition d'une affection laryngée, probablement tuberculeuse, mettant obstacle à la nutrition ; l'autre, par suite d'une diarrhée qui lui a fait perdre 6 livres. Quatre malades n'ont présenté aucune modification. Un septième s'est amélioré au point de vue général et au point de vue d'une pleurésie sèche. Les deux derniers se sont améliorés, chez l'un d'eux une périchondrite du cartilage aryténoïde a cédé sous l'influence de la médication.

II. — 19 malades ont subi la cure d'injections avec la tuberculine T. R., savoir : 4 lupus, 12 tuberculoses du larynx, 2 tuberculoses pulmonaires, 1 asthmatique.

Tous ces malades présentaient des bacilles dans les crachats. 15 ont fait la cure complète et ont reçu en 314 injections $125^{cc},270$ de liquide, soit $1252^{mg},7$ de substance solide ; la plus forte dose de tuberculine absorbée par un malade a été de $15^{cc},276$ en 25 piqûres. 3 malades sont encore en traitement, un dernier a été obligé d'interrompre par suite de la formation d'un pneumo-thorax. La réaction soit générale, soit locale, varie d'intensité avec les flacons.

Au point de vue du poids, 6 malades ont augmenté de 2 à 7 kilos, 2 sont restés stationnaires, 6 ont diminué.

L'action sur le poumon est très problématique ; 2 cas compliqués de syphilis ont vu rapidement disparaître la toux et l'expectoration, mais on n'a constaté ni disparition, ni diminution de la matité.

Il en est de même au point de vue des lésions pharyngées et laryngées, elles n'ont pas été aggravées, elles ont même présenté une tendance à l'amélioration, mais on peut se demander si cette tendance tient à la médication ou au régime hospitalier.

Pour les lupus, l'action est plus nette ; les 3 malades sur 4 qui ont terminé leur cure ont obtenu une guérison apparente parfaite et il est à remarquer que deux de ces malades avaient déjà subi, sans résultat, divers traitements, en particulier l'ancienne tuberculine.

III. — Femme de 28 ans, lupus ulcéré du nez et de la main droite, endométrite tuberculeuse avec érosion (l'examen microscopique de la sécrétion utérine révélait de nombreux bacilles) et présence de chaque côté de l'utérus de tuméfactions considérées comme des pyosalpingites tuberculeuses. Injections de tuberculine T. R., amélioration générale et modification considérable des phénomènes locaux. Les douleurs abdominales ont disparu, la menstruation a repris son cours normal, l'écoulement a diminué et ne renferme plus

de bacilles, les deux tuméfactions de l'utérus ont presque disparu, les érosions ont diminué et les ulcérations lupiques sont presque guéries.

IV. — W. a traité 8 malades : 4 lupus, 1 dermatose scrofuleuse généralisée et 3 phtisiques.

Bien qu'il procède par doses beaucoup plus faibles que Bussenius, il a constaté des réactions générales très violentes sous l'influence d'un changement de flacon et l'enquête à laquelle il s'est livré ne lui permet pas d'attribuer ces accidents à autre chose qu'à une virulence différente des flacons.

Un des lupus et la dermatose ont été nettement améliorés, les deux autres lupus venaient d'être opérés lorsqu'ils ont commencé leur traitement, ils n'ont pas eu de récidive ; pour les tuberculoses pulmonaires, on ne peut encore se prononcer.

V. — 2 enfants d'environ 8 ans ont été soumis au traitement méthodique par la tuberculine T. R. Tous deux, à peu près du même poids, 22 kilogrammes, avec une différence d'âge d'environ neuf mois, ont reçu des doses variant de 1 millième de milligramme à 6 milligrammes par injection. Le plus vieux a présenté des réactions très violentes, le plus jeune a supporté les injections sans réaction.

Les réactions se présentaient, sous la forme générale, en fièvre, sueurs, collapsus et, sous la forme locale, en rougeurs des vieilles cicatrices et des injections précédentes ; parfois, formation d'abcès au niveau des lésions tuberculeuses guéries.

Le plus âgé des 2 malades a présenté après la dernière injection (6 milligr.) un état de collapsus grave qui a débuté vingt-deux heures après ; ce long intervalle exclut l'hypothèse d'une injection intraveineuse accidentelle. Le collapsus dura une journée et inspira les plus vives inquiétudes. Au-dessus de 2 milligrammes, il convient d'être très prudent chez l'enfant et de ne pas progresser par doses redoublées.

Comme résultat thérapeutique, le deuxième enfant a été amélioré au point de vue de l'auscultation et des signes cliniques, le premier a présenté de l'augmentation de poids, l'adénopathie cervicale a rétrocédé chez lui et la rate hypertrophiée est revenue à l'état normal. H. DE BRINON.

Juan L. HOHR. La nouvelle tuberculine de Koch (*Anales med. Gaditanos*, 15 *juill. 1897*).

Hohr rapporte en détail quatre cas traités par la tuberculine.

1° Enfant de 7 ans, atteint du mal de Pott et d'ostéite du fémur avec fistule et douleurs intolérables de la jambe.

Deux injections de 1 et 2 centimètres cubes de la solution à 1/500 sont pratiquées à deux jours d'intervalle. Accroissement instantané de la suppuration et réveil de la fièvre, insomnie, perte d'appétit. Le seul bénéfice fut la cessation des douleurs.

2° Homme de 23 ans : tuberculose des deux sommets. A la suite d'une injection, accroissement de la toux, réaction fébrile violente, insomnie, diminution de l'appétit.

3° Homme de 31 ans, adénite cervicale ancienne, sans symptômes thoraciques. Après l'injection, apparition d'un violent catarrhe bronchique. Au cou, inflammation des vieux ulcères ganglionnaires avec élimination de matière caséeuse et apparition de nouveaux points d'ulcération. Des signes de tuberculose pulmonaire se développent rapidement. Après cessation des injections, la poussée disparaît et les ulcérations du cou guérissent.

4° Femme de 36 ans, atteinte de lupus du nez et de la face datant de 8 ans. Sous l'influence des injections, peu de modifications locales, mais fièvre, courbature et brisement général. H. R.

F. LALESQUE. Cure marine de la phtisie pulmonaire (*In-8°, 320 p., Paris, 1897*).

Dans ce travail très documenté, L. étudie avec détails la climatologie de la région atlantique du sud-ouest de la France et montre combien elle diffère de celle du bassin méditerranéen. Il passe successivement en revue la thermalité, l'humidité, les vents, la pression, déduit de cet examen les conditions physiologiques de la cure marine, son action curative et surtout son action prophylactique dans la tuberculose. Il analyse 191 observations recueillies par lui pour témoigner du bien fondé de ses recherches.

A. CARTAZ.

BIGNONE. Le sulfo-ichtyolate d'ammoniaque dans le traitement de la tuberculose pulmonaire (*Gènes, 1897*).

L'auteur a employé la formule de Scarpa : ichtyolate d'ammoniaque 10 grammes ; glycérine 20 grammes ; eau de menthe 10 grammes. On commence par 10 gouttes dans 300 grammes d'eau à prendre dans les 24 heures ; on augmente ensuite de 5 gouttes par jour jusqu'à 200 gouttes ; cette dose peut même être dépassée. L'auteur rapporte plusieurs observations très favorables à ce traitement. Il explique l'utilité de l'ichtyol par son action antiseptique et réductrice et son rôle favorable sur la nutrition des tuberculeux. F. BALZER.

Paul CARNOT. De l'hémostase par la gélatine (*Presse méd., 18 sept. 1897*).

C. étudie l'action des divers hémostatiques qu'on peut diviser en deux groupes, vaso-constricteurs (ergotine) et coagulants. Parmi ces derniers, il a essayé surtout les sels de chaux et la gélatine. La gélatine coagule le sang (Dastre) (voy. *R. S. M.*, XLIX, 23) ; la gélose a une action également efficace. Ces coagulants ne sont pas nocifs, comme le perchlorure de fer et donnent un caillot solide, adhérent, facilement organisable.

C. emploie une solution de gélatine dans l'eau à 5 0/0 (ou mieux l'eau saline physiologique) : cette solution est stérilisée à 100° et peut être additionnée d'un antiseptique, sublimé. Cette addition ne doit être faite que le moins possible, un des avantages de la gélatine étant son pouvoir inoffensif et nutritif pour les cellules. Une injection de 30 à 40 centimètres cubes de cette solution a arrêté presque instantanément des épistaxis graves, des hémorragies rectales, mais elle ne doit pas être trop chaude, à la température du corps. Pour des plaies cutanées, on imbibe la plaie avec quelques gouttes de la solution stérilisée.

La gélatine se dissolvant dans l'estomac, C. emploie dans les cas d'hématémèse le chlorure de calcium.

Cet emploi de la solution de gélatine peut s'étendre à l'hémostase au cours des opérations, elle permet, sans laisser de ligatures, des réunions primitives. A. CARTAZ.

LINOSSIER et LANNOIS. Sur l'absorption cutanée de l'iode, de l'iodoforme et de l'iodure d'éthyle (*Bulletin méd., 28 avril 1897*).

L'iode appliqué en badigeonnages est absorbé par la surface cutanée. Cette absorption, minime quand la partie badigeonnée est abandonnée à l'air libre, devient beaucoup plus active (7 et même 12 fois) quand elle est hermétiquement enveloppée. Le maximum d'absorption a lieu au début de l'application.

L'altération superficielle de l'épiderme produite par la teinture d'iode, quand elle ne va pas jusqu'à la destruction de la couche cornée, semble plutôt agir comme un obstacle à l'absorption qu'en être la cause favorisante.

Même dans les conditions les plus favorables, cette absorption est trop irrégulière pour qu'on puisse utiliser les badigeonnages de teinture d'iode en vue d'une médication iodurée générale.

L'iodoforme, l'iodure d'éthyle sont absorbés par la peau saine, ce dernier corps en assez grande quantité pour pouvoir être utilisé, le cas échéant, en vue d'une médication générale iodurée. LEFLAIVE.

F. SIEGERT. Klinische und experimentelle Untersuchungen..... (Recherches cliniques et expérimentales sur l'influence qu'exerce le sérum antidiphtérique de Behring sur le rein sain et malade) (*Arch. f. path. Anat. CXLVI, 2*).

Des études cliniques et des expériences comparatives faites sur le lapin ont montré à Siegert que l'injection sous-cutanée de sérum antidiphthérique de Behring produit souvent une albuminurie passagère. Ces troubles proviennent du sérum lui-même, mais ce dernier, quand il n'est point altéré, n'est pas capable de donner lieu à une néphrite parenchymateuse et hémorragique. L'anurie, qu'on observe parfois au lit du malade, se manifeste dans quelques expériences faites sur les animaux. A la suite d'injections sous-cutanées, de sérum, à la dose de 10 centimètres cubes, on ne voit pas le rein du lapin présenter de lésions anatomiques. Il est donc préférable de s'en tenir à des injections de petites quantités de sérum. ED. RETTERER.

Von DUNGERN. Die Bedeutung der Mischinfection bei Diphtherie (Importance de l'infection mixte dans la diphtérie) (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat., XXI, p. 104*).

L'auteur conclut de ses recherches que, dans les cas où le streptocoque est très peu virulent et incapable de provoquer une infection généralisée, l'infection mixte se comporte à peu près comme une infection diphtérique pure. Si, au contraire, les streptocoques ont une très haute virulence, il ne faut espérer de résultat de l'injection de sérum que si elle est faite de très bonne heure, avant que les streptocoques aient pénétré profondément. Dans d'autres cas, on a affaire à des streptocoques encore virulents après neutralisation des bacilles diphtériques dont l'infectiosité a encore augmenté sous l'influence du poison diphtérique. C'est donc

dans ces infections mixtes qu'il faut injecter l'antitoxine de très bonne heure. C. LUZET.

S. BETTMANN. Ueber den Einfluss der Schilddrüsenbehandlung auf den Kohlenhydrat-Stoffwechsel (*Berlin. klin. Woch., 14 juin 1897*).

Expériences faites sur 15 femmes et 5 hommes, les uns et les autres âgés de 15 à 30 ans et atteints soit d'affections cutanées, soit de maladies sexuelles.

Pendant 8 jours, B. leur administrait, en augmentant progressivement les doses, ou des tablettes de thyroïdine de Doepper, à 30 centigrammes, au nombre quotidien de 3 à 9, ou de l'iodothyrine en poudre, par doses croissantes, de 75 centigrammes à 1gr,50. Le 8e jour au matin, en même temps qu'une dernière dose de préparation thyroïdienne, les malades prenaient à jeun 100 grammes d'une solution de sucre de raisin.

Tous offrirent un peu d'augmentation de fréquence du pouls et de la diurèse et 11 sur les 20 (soit 55 0/0) de la glycosurie alimentaire; les urines d'un plus grand nombre continrent d'autres substances réductrices que le glucose.

8 jours après la fin de l'expérience, tous ceux qui avaient présenté de la glycosurie reprirent 100 grammes de glucose, sans que chez aucun du sucre apparût dans les urines.

Ces expériences semblent venir à l'appui de l'idée de von Noorden que le corps thyroïde exerce une influence inhibitoire sur l'assimilation des aliments hydrocarbonés, spécialement sur la formation de graisse à leurs dépens. J. B.

Cesare SERONO. Recherches sur les injections de lécithine (*Riforma med., 30 août 1897*).

Des injections sous-cutanées de lécithine ont été faites chez les animaux par Danilewski, qui leur attribue comme effet essentiel l'augmentation du nombre de globules rouges. Serono, le premier, a pratiqué des injections de lécithine chez l'homme, à la dose de 0gr,10 à 0gr,20 répétées tous les deux jours.

Pratiquées chez douze individus, ces injections ont généralement déterminé une augmentation de poids et une amélioration de l'état général, notamment chez les chlorotiques. Le nombre des globules rouges augmente rapidement, mais la richesse en hémoglobine suit une progression très lente. G. LYON.

I. — P.-C. VALLÉE. La ponction sacro-lombaire (*Thèse de Paris, 1896*).

II. — H. BRAUN. Ueber die Lumbalpunction und ihre Bedeutung für Chirurgie (*Berlin. klin. Woch., n° 22, p. 482, 31 mai 1897*).

III. — THIELE. Erfahrungen über den Werth der Lumbalpunction (*Deutsche med. Woch., 10 juin 1897*).

IV. — MARFAN. La ponction lombaire dans la méningite tuberculeuse (*Presse méd., 8 sept. 1897*).

I. — La ponction vertébrale entre le sacrum et le cinquième arc

lombaire, est plus simple et moins dangereuse que la ponction entre deux arcs lombaires. Elle peut donner, au point de vue du diagnostic d'un grand nombre d'affections, des résultats précieux. Jusqu'à présent, on n'a guère utilisé que l'examen bactériologique du liquide cérébrorachidien extrait ; son examen chimique mérite d'être fait dans l'avenir avec plus de précision.

La ponction vertébrale ne donne que des résultats thérapeutiques médiocres. Elle a donné à Chipault quelques résultats palliatifs dans des poussées aigües d'hydrocéphalie, des hydrocéphalies symptomatiques de tumeurs du cervelet, des méningites syphilitiques, des états de mal épileptique. Le résultat a été nul dans 3 cas de paralysie générale à la phase d'excitation et dans la méningite tuberculeuse.

II. — Br. a ponctionné 8 cas de méningites suppurées secondaires à des otites ou à des blessures du crâne. Deux fois le liquide obtenu était parfaitement clair, malgré la vaste suppuration des méninges cérébrales. Chez les 6 autres malades, le liquide contenait, tantôt seulement un excès de leucocytes polynucléés, tantôt en même temps des microorganismes. Donc, si dans la majorité des cas de méningite suppurée, le diagnostic peut se faire par la ponction lombaire, un résultat négatif de celle-ci ne permet pas d'en exclure sûrement l'existence.

Quant à la valeur de la ponction lombaire en cas de blessures de la moelle, elle est très grande, parce qu'en l'absence de fracture ou de luxation, elle permet de diagnostiquer et d'évacuer des épanchements sanguins qui pourraient comprimer la moelle. J. B.

III.— Soixante ponctions lombaires ont été pratiquées sur 32 malades à la clinique de V. Leyden ; aucun inconvénient n'a été noté. Dans 3 cas de méningite cérébro-spinale épidémique, le diagnostic a été fixé ou confirmé par la constatation des diplocoques de Jäger-Weichselbaum dans le liquide retiré par la ponction; dans un de ces cas, le diagnostic présentait de sérieuses difficultés par le fait d'un traumatisme au début de la maladie.

Sur 7 cas de méningite tuberculeuse, 2 fois seulement les bacilles ont été trouvés dans le liquide, mais en revanche dans tous les cas, le liquide présentait les indices caractéristiques de la tuberculose méningée, aspect clair ou légèrement opalescent, teneur en albumine variant entre 1 1/4 et 2 pour 0/0 ; pression assez élevée variant entre 180 et 400 millimètres, le malade étant dans la position latérale : aucun effet thérapeutique, quelquefois un léger retour du sensorium.

4 cas de méningite séreuse ont été diagnostiqués par la ponction. L'action thérapeutique, quoique immédiatement favorable, est difficile à apprécier. Cependant les malades ont déclaré éprouver un soulagement notable à la céphalée pendant l'intervention.

Un cas de pachyméningite hémorragique a été reconnu par la ponction. Les autres cas concernent l'apoplexie, une tumeur cérébrale, le délire alcoolique, l'urémie, la syphilis cérébrale. H. DE BRINON.

IV. — Marfan se sert pour l'opération de Quincke d'une aiguille de Pravaz, longue de 5 à 6 centimètres, ponctionnant entre la 3e et la 4e vertèbre lombaire, dirigeant l'aiguille un peu obliquement de bas en haut. Dans certains cas il se produit une amélioration, mais elle n'est que passagère ; dans d'autres le résultat est nul ; M. ne retire jamais plus de 10 cen-

timètres cubes du liquide céphalorachidien ; ce liquide limpide d'abord se trouble rapidement; il contient une quantité d'albumine très au-dessus de la normale, 1 0/0 au lieu de 0,50 0/0 ; on peut trouver des bacilles de Koch dans les traînées de fibrine, mais très souvent les recherches sont négatives. H. LEROUX.

I. — NOCARD. De l'emploi du sérum antitétanique dans le tétanos (*Bull. Acad. de méd., 20 juill. 1897*).

II. — Le même. Emploi préventif du sérum antitétanique (*Ibid., 27 juill. 1897*).

I. — Sauf pour ce qui est des cas de tétanos chronique, le sérum antitétanique, tant celui de Behring (fabriqué à Hœchst) que celui de l'Institut Pasteur ne peuvent guérir le tétanos confirmé. Donné 24 heures avant l'apparition des accidents, il demeure sans effets. Plus on l'injecte près du moment de l'inoculation tétanique, plus les chances de guérison augmentent. Il est cependant à employer, non seulement à titre préventif, mais à titre curatif, car il rend les crises moins nombreuses, moins intenses, et si la guérison survient, la convalescence est plus courte et plus franche.

II. — L'emploi du sérum antitétanique au point de vue préventif est entré depuis quelques années dans la pratique vétérinaire en cas de blessure ou opération. L'Institut Pasteur a livré dans ce but 7,000 doses de 10 cent. cubes de sérum qui ont servi à traiter préventivement 3,100 animaux dans des régions où le tétanos est endémique. Aucun n'est mort du tétanos. Un seul cheval, injecté cinq jours après sa blessure, a eu un tétanos léger. Dans le même espace de temps, les mêmes vétérinaires ont observé, parmi les animaux non traités, 259 cas de tétanos. LEFLAIVE.

PLESOIANU. L'hyperchlorhydrie et son traitement (*Thèse de Paris, 1897*).

Dans quatre cas traités par l'atropine sous la direction de Mathieu, l'auteur a constaté une amélioration évidente au point de vue de la douleur, de la motricité et du chimisme stomacal. La dose quotidienne de sulfate d'atropine variait de 1 milligramme à 2^{mg} 1/2. On comprend que ce médicament soit susceptible de modérer les sécrétions gastriques.

Le bicarbonate de soude calme les souffrances en saturant immédiatement l'acidité gastrique. Il faut l'administrer dès que la douleur s'annonce, à la dose d'une cuillerée à café environ. Mais on ne comptera pas sur ce remède pour améliorer le chimisme stomacal d'une façon durable. Chez les constipés on l'associera à la magnésie calcinée. L. GALLIARD.

Theodor ZANGGER. Kreosot bei gastrischen Affectionen (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, n° 12, 15 juin 1897*).

Dans différents troubles gastriques, Z. a eu à se louer de l'usage de la créosote à petites doses.

Il relate, à l'appui de cette médication, un certain nombre de cas de gastro-entérite chez les enfants, de dyspepsie infantile avec vomissements

ou diarrhée, d'embarras gastrique, de vomissements nerveux chez des adultes. Il en a tiré également profit dans la cure d'un cas de cocaïnisme, contre les nausées de la période d'abstinence. En revanche, il en a constaté l'inefficacité contre les vomissements matinaux des buveurs. J. B.

Lindley SCOTT. Some experiments on the solubility of gall stones in oils (*Brit. med. Journ., p. 798, 25 sept. 1897*).

L'auteur donne le résumé d'une série d'expériences faites sur la solubilité des calculs biliaires dans l'huile. Ont été employées comparativement l'huile d'amande douce, l'huile d'olive et l'huile de pétrole.

Les calculs perdent approximativement un quart de leur poids en 12 heures d'immersion, la moitié en 24 heures et les trois quarts en 48 heures. L'huile d'amande douce et le pétrole paraissent surtout actifs.

Ces expériences confirment les bons effets obtenus cliniquement par le traitement des calculs par ingestions huileuses. H. RENDU.

M. FOUTRAN. Action diurétique de l'urée (*Arch. russes de pathol., août 1897*).

En se basant sur l'observation faite sur 14 cas de cirrhose du foie, de pleurésie, de myocardite, d'affections valvulaires, de néphrite, etc., l'auteur conclut que l'effet diurétique de l'urée est peu prononcé et que l'urée est inférieure à d'autres diurétiques ; même à hautes doses, elle ne produit cependant aucun effet nuisible ni sur le canal digestif, ni sur l'état général. H. FRENKEL.

PERLMUTTER. Ueber Dermatol und dessen innerliche Anwendung..... (Du dermatol et de son emploi interne) (*Münch. med. Woch., n° 19, p. 500, 11 mai 1897*).

L'auteur a employé le dermatol (sous-gallate de bismuth) à la dose de 1 à 6 grammes par jour. Dans les diarrhées dues à une hyperémie ou à une irritation inflammatoire de l'intestin, le dermatol agit promptement et sans action nocive si la préparation est absolument pure. Il est surtout indiqué chez les enfants. Dans l'ulcère rond, le dermatol (1 à 4 grammes par jour) employé comme le sous-nitrate de bismuth est seulement un palliatif et un calmant de la douleur. C. LUZET.

SHŒMAKER. Celandin its pharmacology, physiologic action and therapy (*Journal Amer. med. Ass., 4 sept. 1897*).

S. a expérimenté le suc du chelidonium majus dans le traitement de l'épithéliome, suivant la méthode de Denissenko. La plante semble avoir une action tonique et stimulante, mais ses effets sur les néoformations épithéliales autres que de vulgaires verrues ou excroissances charnues se sont montrés absolument nuls. CART.

CARDAMATIS. De l'emploi du bleu de méthylène dans le traitement des fièvres palustres (*Bull. méd.*, *14 avril 1897*).

Le bleu de méthylène n'est pas un fébrifuge supérieur à la quinine et il y aurait danger à le substituer à elle dans le traitement des fièvres continues et des accidents pernicieux. Il est indiqué quand l'emploi des sels quiniques est contre-indiqué (hémoglobinurie, grossesse, chez les enfants). A la dose de 0,60 à 1 gramme *pro die* le bleu de méthylène provoque parfois une légère cystite. LEFLAIVE.

J. BERGONIÉ. Traitement électrique palliatif de la névralgie du trijumeau (tic douloureux de la face) (*Arch. d'élect. méd.*, *15 oct. 1897*).

B. montre, par les résultats de 15 cas de névralgie guéris ou très améliorés par cette méthode, les heureux effets de l'électricité dans les cas de névralgie douloureuse de la face. Il emploie les courants continus (produits par des piles ou des accumulateurs) à intensité très élevée, de 35 à 50 mill. ampères pour une électrode de 250 centimètres carrés. Le pôle positif est appliqué sur le point douloureux, le pôle négatif représenté par une électrode à très large surface dans le dos ; la durée des séances varie de 20 à 30 minutes. Après quelques-unes, les douleurs diminuent, s'éloignent et disparaissent quelquefois totalement.

A. CARTAZ.

LANCEREAUX et PAULESCO. Traitement des anévrismes en général et de l'anévrisme de l'aorte en particulier par les injections sous-cutanées d'une solution gélatineuse (*Bull. Acad. de méd.*, *22 et 29 juin 1897*).

Un homme de 46 ans, paludéen, était atteint depuis deux ans d'un anévrisme aortique gros comme une tête d'enfant et mesurant 12 centimètres dans le sens vertical et 11 centimètres et demi dans le sens transversal. Cette tumeur, qui s'était révélée par des douleurs névralgiques et angineuses intenses, avait érodé les 2e, 3e et 4e cartilages droits, l'extrémité des côtes correspondantes et une grande partie du sternum. Elle était animée de battements et semblait amincir la peau.

Le 20 janvier, injection dans le tissu sous-cutané de la fesse gauche de 50 grammes d'une solution stérilisée de gélatine à 1/100 dans une solution de sel marin à 1/100. Il se produit de la rougeur locale et la température s'élève à 38°. Le lendemain et les jours suivants, la tumeur devient plus ferme, diminue ; les battements s'éloignent et les douleurs disparaissent. Cette amélioration n'est que transitoire. Du 10 février au 7 mars on fait de même 12 injections de 150 grammes de la solution susdite.

La tumeur a diminué de 2 centimètres verticalement et de 1 centimètre transversalement ; elle est devenue ferme et les battements qu'on y perçoit ne sont plus expansifs, mais en masse, comme transmis par l'aorte. Les douleurs ont disparu. LEFLAIVE.

HYGIÈNE.

I. — W. BION. Zum 20 jährigen Bestand der Feriencolonien..... (*Zurich, 1896*).

II. — LEUCH. Sanitäre Erfolge der Zürcher Feriencolonien im Jahre 1895 (*Corresp. Blatt.f. schweiz. Aerzte, 1er nov. 1896*).

III. — F.-W. BUESING. Die ersten 20 Jahre des Sommerpflegewesens in Deutschland (*Hyg. Rundsch., 15 avril et 1er mai 1897*).

I. — Lorsqu'en juin 1876, Bion fit son premier appel au public pour la fondation de colonies scolaires de vacances, il ne reçut que deux lettres d'injures. Depuis lors, en Suisse seulement, 21 localités ont institué ces colonies qui ont profité en 20 ans, à 21,729 enfants. De plus, depuis 16 ans (1880) on a créé à l'usage de 28,344 écoliers non admis dans les colonies de vacances, les colonies urbaines où l'on fait promener et jouer les enfants, en leur distribuant matin et soir du lait et du pain.

II. — La question est encore controversée de savoir si l'amélioration produite par le séjour dans les colonies de vacances est durable et persiste quand les enfants se retrouvent placés dans des conditions hygiéniques moins favorables. Pour l'élucider, Leuch s'est livré à des recherches sur le poids, le chiffre des hématies et le taux de l'hémoglobine chez 224 (143 filles, 81 garçons) élèves des écoles de Zurich qui avaient séjourné 3 semaines, en été 1895, dans 9 stations dont l'altitude variait entre 700 et 1150 mètres. Afin d'avoir des termes de comparaison, il a d'abord recherché la moyenne de l'hémoglobine et des hématies chez les enfants de même âge, complètement bien portants. Il est arrivé aux résultats suivants :

	Garçons.	Filles.
	—	—
Hémoglobine....................	92,3 0/0	88,9 0/0
Hématies......................	5490000	5283000

Ces chiffres étant pris pour unités, soit 1000 0/00, voici ce qu'il a constaté chez les jeunes colons :

	Avant départ		Au retour		Différence		Augmentation du poids en kilogrammes.
	hémoglobine.	hématies.	hémoglobine.	hématies.	hémoglobine.	hématies.	
	—	—	—	—	—	—	—
Garçons.....	783 0/00	769 0/00	894 0/00	907 0/00	+ 111	+ 138	1,315
Filles.......	821	780	914	921	+ 93	+ 141	1,681

On voit ainsi qu'au départ comme au retour, tant sous le rapport de l'hémoglobine que sous celui des hématies, les garçons sont inférieurs aux filles ; que la cure d'air a une influence plus marquée sur l'augmentation des hématies que sur celle de l'hémoglobine, dans les deux sexes ;

qu'au retour, dans l'un et l'autre sexes, le rapport entre la teneur en hémoglobine et le nombre des hématies est plus favorable ; qu'enfin l'augmentation de poids est plus grande chez les filles.

Les recherches de Leuch révèlent encore quelques faits assez surprenants. Le plus ou moins d'altitude des colonies influe peu sur les résultats. Les colonies où l'augmentation des hématies a été la plus faible ont en général donné un plus grand accroissement du poids ; ce phénomène est plus manifeste chez les garçons. Dans les chloroses intenses, il subsiste un déficit d'hémoglobine relativement au chiffre des hématies ; il y aurait donc lieu d'essayer les ferrugineux.

En revanche, les colonies ont de très heureux effets sur les anémies, et ce sont précisément les enfants dont le nombre d'hématies était le plus faible qui en gagnent le plus, de même pour l'hémoglobine. Il en résulte une sorte de contraste entre la chlorose et l'anémie puisque les succès sont plus grands dans les chloroses légères et dans les anémies graves.

Il restait à voir si l'amélioration dans la santé des enfants persistait malgré leur retour dans un milieu moins favorable. A cet effet, Leuch a calculé, chez un certain nombre de petits colons, le chiffre des hématies et le taux de l'hémoglobine, à deux reprises différentes, d'abord 2 mois, puis 4 mois après leur rentrée en ville.

	Avant le départ		Au retour		2 mois après		4 mois après	
	hémoglobine.	hématies.	hémoglobine.	hématies.	hémoglobine.	hématies.	hémoglobine.	hématies.
	—	—	—	—	—	—	—	—
Garçons.	748 0/00	725 0/00	886 0/00	911 0/00	820 0/00	884 0/00	869 0/00	935 0/00
Filles...	756	722	959	955	863	924	903	982

Donc, 2 mois après la rentrée, on constate une certaine diminution relativement aux chiffres trouvés immédiatement après le retour, mais le bénéfice de la cure n'est pas entièrement perdu. De plus, au 2e examen, après 4 mois, le taux de l'hémoglobine et le chiffre des hématies se sont relevés, le premier restant encore plus faible, tandis que les hématies sont devenues plus nombreuses qu'au moment du retour, en dépit de l'école et du logement moins hygiénique.

III. — Dès l'année même (1876) où le pasteur Bion de Zurich fondait en Suisse les premières colonies scolaires de vacances, à Hambourg on suivait son exemple ; mais, c'est à Varrentrapp que revient l'honneur d'avoir vulgarisé l'institution en Allemagne. Antérieurement déjà, A.-H. Werner avait créé, en 1861, aux eaux salées de Jagstfelde un sanatorium à l'usage des enfants pauvres et maladifs.

En outre, en même temps que commençaient les colonies de vacances, s'ouvraient, sur la mer du Nord, dans l'île de Norderney, les premiers hospices marins pour enfants scrofuleux, dus à l'initiative de Benecke.

A l'heure actuelle, 126 associations allemandes, en relation avec un Comité central siégeant à Berlin, s'occupent de l'estivage sanitaire des écoliers et plusieurs d'entre elles sont reconnues d'utilité publique. Les institutions sanitaires destinées aux écoliers pauvres et malingres sont de quatre sortes :

1° Les colonies de vacances proprement dites auxquelles, depuis 20 ans, ont pris part 112,730 enfants ;

2° Les demi-colonies, colonies urbaines ou stations laitières, auxquelles ont participé 80,500 enfants ;

3° Les 31 établissements balnéaires, placés dans 27 localités possédant des eaux chlorurées sodiques, qui ont reçu 124,558 enfants ;

4° Les 11 hospices marins, qui ont admis 26,384 enfants.

Soit, au total, 344,172 écoliers qui ont bénéficié de l'une ou de l'autre de ces institutions.

Au fur et à mesure que les colonies de vacances progressaient, pour en faire jouir, chaque année, le plus grand nombre possible d'enfants, on a dû étendre la période d'estivage, de sorte que maintenant, suivant les lieux, elle commence en avril ou mai pour se terminer en septembre ou octobre. On pratique même l'hivernage des enfants, tant aux bains de mer qu'aux thermes salés.

Depuis 1892, le nombre annuel des petits colons ne s'accroît plus, il est un peu supérieur à 23,000 ; cet état stationnaire des colonies de vacances tient aux admissions de plus en plus nombreuses dans les thermes salés et les hospices maritimes.

Büsing a étudié les effets du séjour à la campagne ou à la montagne sur 2,622 écoliers de 7 à 14 ans, dont 1,250 garçons et 1,372 filles. Il a trouvé qu'en moyenne, les petits colons présentent au bout des 3 semaines une augmentation de poids qui sans cela ne serait réalisée seulement qu'en 6 ou 8 mois. L'augmentation, rapide au début, se ralentit ensuite et un séjour de 8 jours de plus, c'est-à-dire d'un mois, n'a pas d'influence sur le poids final. Aussi peut-on se demander, s'il ne serait pas bon de fixer uniformément à 3 semaines la durée des colonies, ce qui permettrait d'y faire se succéder 4 troupes d'enfants au lieu de 3 par an.

A Mayence, les pesages de 227 jeunes colons de 7 à 14 ans, pratiqués 4 et 12 semaines après leur retour de leur villégiature de 21 jours, ont montré que, durant les 8 semaines suivantes, 92 (40, 5 0/0) offraient une diminution de poids ; 39 (17, 2 0/0) un arrêt d'augmentation et 96 (42, 3 0/0) une augmentation nouvelle ; mais ces derniers sont les plus âgés et le phénomène est beaucoup plus marqué chez les filles.

Les colonies urbaines ne sont qu'un pis-aller. J. BEX.

I. — SCHLOSSMANN. Studien über Säuglingssterblichkeit (*Zeitschr. f. Hyg., XXIV*).

II. — SOLBRIG. Ueber das Kost-und Haltekinderwesen, mit besonderer Berücksichtignng..... der Stadt Liegnitz (*Viertelj. f. gerichtl. Med., 3e série, XII, p. 382*).

III. — GAUCHAS. Deux ans de fonctionnement d'une crèche (*Rev. d'hyg., fév. 1897*).

I. — De 1891 à 1895, dans le royaume de Saxe, la mortalité générale des nourrissons a été égale aux 28,01 pour cent des enfants nés vivants, c'est-à-dire supérieure de 1,12 pour cent à la moyenne donnée par Eröss pour 13 Etats européens. Suivant les différents districts saxons, elle a oscillé entre 18,2 et 34,4 pour cent.

Dans la banlieue rurale des grandes villes, la mortalité des enfants au-dessous de 1 an est plus grande que dans les villes. Elle est à Dresde de

21,25 (banlieue 27,50), à Leipzig de 24,09 (banlieue 29,15), à Chemnitz de 35,58 (banlieue 39,98).

Les variations considérables de la mortalité infantile dans les divers districts saxons ne s'expliquent pas par la plus ou moins forte densité de la population ; en revanche, cette mortalité augmente manifestement avec le nombre des naissances et avec le chiffre des femmes employées dans l'industrie. Tandis que dans l'empire allemand on compte 26,1 0/0 de femmes contre 73,9 0/0 d'hommes ayant une profession, en Saxe il y a 29,1 0/0 de femmes pour 70,9 0/0 d'hommes.

La mortalité du premier mois de l'existence forme en Saxe les 25,35 0/0 de la totalité des décès au-dessous de 1 an. Les oscillations régionales de la mortalité des nourrissons saxons sont moins dues au chiffre assez constant des décès des quatre premières semaines, qu'à une augmentation du nombre des décès dans les mois suivants et plus spécialement dans le cinquième.

En été, la mortalité des nourrissons des grandes villes dépasse celle de leurs banlieues rurales. Le danger de la saison chaude pour les nourrissons va croissant de leur naissance jusqu'à 6 mois, puis il diminue.

II. — Solbrig étudie sous toutes ses faces la question des enfants mis en nourrice. A cet effet, il commence par donner, dans de nombreux tableaux statistiques, les résultats de l'enquête qu'il a faite à Liegnitz sur les conditions sanitaires de ces enfants et des logements de leurs parents nourriciers; en Allemagne, en dehors des pupilles de l'assistance publique, il n'y a guère que des enfants naturels qui soient placés en nourrice. Solbrig expose ensuite les conditions exigibles des personnes qui prennent des enfants en nourrice ou en garde, moyennant salaire : avant tout logement, qualités personnelles, nombre de nourrissons, etc. Puis il insiste sur la surveillance que l'Administration doit exercer, mais pour laquelle elle est insuffisante et ne peut se passer du concours d'associations de femmes. Il énumère enfin les moyens de restreindre ce placement des nourrissons entre des mains étrangères (secours aux filles-mères qui allaitent elles-mêmes, etc.) Nous n'avons donné qu'un aperçu imparfait de l'important travail de Solbrig.

III. — Intéressant mémoire dans lequel Gauchas décrit les obstacles qu'il a dû vaincre (local insuffisant, personnel inexpérimenté, préjugés maternels) et les résultats qu'il a obtenus dans la crèche privée de la rue Gauthey, ouverte le 1er février 1895. Cette crèche héberge en moyenne 16 enfants, âgés de 15 jours à 3 ans. Une pièce spéciale est affectée à la stérilisation du lait. Des chambres d'isolement reçoivent les enfants pris de diarrhée ou d'autres maladies suspectes. Au personnel, composé de 3 religieuses et d'une bonne, il est fait 2 leçons par semaine au berceau et des conférences sur l'hygiène de l'enfance et des crèches. A la suite de l'expérience de la première année, on ne reçoit plus d'enfants athrepsiques. Tous les admis ont les cheveux coupés courts ; leurs absences doivent être motivées. Les heures d'arrivée et de départ sont régulières, 8 heures du matin et 6 heures du soir.

Le lait stérilisé, non coupé d'eau, n'a pas réussi chez les enfants au-dessous de 5 mois, parce que la plupart, à leur entrée, ont de la dyspepsie chronique. A chaque mère, on remet un petit imprimé indiquant le meilleur mode d'alimentation. Les enfants sont pesés tous les samedis et

le graphique de la courbe du poids est placé au-dessus de chaque berceau, de façon à intéresser davantage le personnel aux progrès de l'enfant.

Cette crèche a reçu jusqu'ici 105 enfants. Le prix de revient de la journée, de 1 fr. 88 la première année, est descendu à 1 fr. 65 la seconde ; ce chiffre est élevé, puisque la moyenne est de 1 fr. 20 pour les 88 crèches du département de la Seine qui ont admis en 1895 8,814 enfants. A la crèche de la rue Gauthey, les journées de présence des enfants ou leur temps de séjour sont de 108, près du double de la moyenne (64) des autres crèches. 56,6 pour cent des enfants ont présenté des troubles digestifs accidentels ou permanents. La mortalité a été de 28 0/0 (8 décès par athrepsie et diarrhées ; 3 par rougeole pulmonaire) dans la première année et de 6 0/0 dans la seconde.

Gauchas est d'avis que la nature des soins que les enfants reçoivent chez leurs parents a beaucoup plus d'influence sur le résultat final accusé par les crèches que leur état de santé à l'entrée, que leur âge, que le mode de leur allaitement (mixte ou artificiel) et que leurs maladies intercurrentes.

Il soutient, en outre, qu'il est faux de dire que dans les grandes villes, l'institution des crèches favorise l'allaitement maternel ; bien loin de là, la crèche conduit au sevrage, à cause des distances trop grandes.

J. BEX.

I — P. FROSCH. Bericht über die..... Prüfung der Impfstofffrage (*Hyg. Rundsch., p. 180, 15 fév. 1897*).

II. — M. KIRCHNER. Ueber den Keimgehalt animaler Lymphe (*Zeitschr. f. Hyg., XXIV*).

III.— Die k. k. Impfstoff-Gewinnungsanstalt in Wien (*Monats. f. Gesundheitspflg., 1896*).

IV. — Gustav PAUL. Ueber rationelle Gewinnung eines reinem (keimarmen) animalischen Impfstoffes (*Hyg. Rundsch., VI, p. 1080 et VII, p. 865*).

V. — Discussion de la 68e Réunion des naturalistes allemands (*Ibid., VI, p. 1081*).

I. — Rapport d'une commission instituée par le ministère prussien des affaires médicales et dont faisaient partie, outre l'auteur, Rob. Koch, R. Pfeiffer, Schmidtmann et trois directeurs d'instituts de vaccine de l'Etat.

La plupart des microorganismes du vaccin sont des saprophytes inoffensifs ; les staphylocoques pathogènes ne s'y trouvent qu'en proportions infimes. Ni la filtration, ni la dialyse ne diminuent le nombre des microorganismes. Il n'en est pas de même de la centrifugation électrique, continuée de demi-heure à 1 heure, à raison de 4,000 tours par minute. Mais ce vaccin centrifugé a beaucoup perdu de son efficacité. L'ozonisation et les désinfectants rendent le vaccin clair, stérile et inactif. En revanche, l'adjonction de glycérine, tout en tuant les germes microbiens, n'affaiblit pas le pouvoir spécifique du vaccin.

Le plus ou moins de développement des boutons vaccinaux et de l'auréole inflammatoire qui les entoure ne dépend point de la teneur microbienne du vaccin.

La distance prescrite de 2 centimètres entre chaque scarification est en général insuffisante pour empêcher que la zone inflammatoire d'une pustule empiète sur celle de la voisine.

II. — Examen bactériologique du vaccin de 18 veaux de l'institut de l'Etat à Hanovre. Un ou deux jours après la récolte du vaccin, le chiffre de ses germes est très considérable, mais il diminue rapidement, et au bout de 3 à 4 mois (c'est-à-dire à l'époque où l'institut expédie son vaccin), il est en moyenne inférieur à 100 par centimètre cube. Toutefois la diminution du nombre des microorganismes n'est pas uniforme dans tous les échantillons; alors que certains sont complètement stériles au moment où on les livre au public, d'autres renferment encore relativement une forte proportion de germes ; mais en général la quantité de vaccin nécessaire pour une vaccination contient moins d'un germe. Les mucédinées et les levures sont excessivement communes ; jamais K. n'a aperçu de streptocoques. Il n'a rencontré le staphylocoque doré qu'une seule fois, dans un vaccin de 4 jours, et ce microbe ne s'est pas montré pathogène pour une souris, non plus que les autres microorganismes trouvés dans le vaccin et qui furent inoculés à des souris et à des cobayes. Kirchner conclut que les complications infectieuses observées à la suite de vaccinations ne sont pas occasionnées par les germes du vaccin, et qu'on peut les éviter par une désinfection soigneuse des instruments opératoires et des téguments, ainsi qu'en protégeant les pustules contre les souillures.

III. — Le chalet dans lequel se trouve installé l'institut de vaccine de l'Etat, à Vienne, est construit sur un terrain dépendant de l'hospice des enfants assistés et aucun vaccin n'est livré au public sans qu'on se soit au préalable assuré de ses qualités. L'établissement possède une étable d'hiver pouvant être chauffée, une étable d'été et une étable d'isolement. La salle où l'on inocule les animaux communique avec les étables et est aménagée comme une salle d'opérations chirurgicales (poêles à gaz, étuves à désinfection). Le laboratoire scientifique occupe le premier étage. L'institut fournit le vaccin de l'armée, celui des revaccinations scolaires et des vaccinations d'urgence en cas d'épidémies.

IV. — A l'institut de vaccine de l'Etat, à Vienne, l'antisepsie la plus minutieuse préside à l'inoculation des bêtes. La veille, les veaux sont l'objet d'un nettoyage à fond et ont les poils rasés ; immédiatement avant l'opération, ils sont lavés à l'eau chaude et au savon noir avec de la laine de bois, puis frottés quelques minutes avec une solution de lysol chaude à 2 0/0 et enfin lotionnés avec de l'eau bouillante et essuyés avec de l'ouate stérile. La récolte du vaccin a lieu au bout de 6 fois 24 heures, au milieu des mêmes mesures de propreté. Le vaccin produit et recueilli dans ces conditions contient, à peu près constamment, et souvent même en culture presque pure, le staphylocoque pyogène doré ; mais ce microbe a d'ordinaire entièrement disparu lorsque le vaccin a été conservé de 4 à 8 semaines à la température de 10° Réaumur. La richesse en germes du vaccin recueilli est indépendante, tant de la richesse microbienne du vaccin souche, que du procédé d'inoculation et de la préparation préalable des animaux ; en revanche les pustules jaunes, archi-mûres contiennent plus de microbes que les pustules nacrées. Le vaccin humanisé qui a été entretenu sans interruption depuis l'époque de Jenner, à

l'hospice des enfants assistés de Vienne, renferme toujours des staphylocoques dorés, incomparablement plus virulents et plus résistants que ceux du vaccin animal de l'institut. Les boutons obtenus avec du vaccin exempt de staphylocoque doré ont un contenu stérile ; donc, on ne doit délivrer que du vieux vaccin conservé, mais n'en pas tuer les germes pathogènes artificiellement,parce qu'alors on affaiblit le vaccin. L'emploi du lysol comme désinfectant ne diminue ni le développement des pustules ni l'efficacité du vaccin. La désinfection nécessaire pour écarter les bactéries et les mucédinées ne semble avoir aucune influence sur le staphylocoque doré qui siège dans les couches profondes de la peau, mais la présence de ce microbe n'est nullement indispensable au succès de l'inoculation.

V. — Vanselow, qui dirige l'institut de vaccine de l'Etat à Cologne, a aussi constaté que la teneur en germes du vaccin animal n'est pas plus grande quand on s'est borné à un simple nettoyage mécanique que lorsqu'on l'a fait suivre de lotions à l'acide phénique, au lysol ou au sublimé ; à l'état frais, le vaccin est toujours très riche en germes. Même le vaccin produit avec une matière première complètement stérile, contient des germes nombreux.

Chalybaeus déclare qu'à Dresde, après 8 jours de mélange avec la glycérine, le vaccin ne renferme plus de germes.

Landmann constate avec satisfaction que le travail de Paul confirme pleinement ses propres observations (*R. S. M.*, XLVIII, 508), relatives à la présence fréquente de germes pathogènes et virulents dans le vaccin, bien qu'elles aient été contestées par l'Office sanitaire et les médecins vaccinateurs. Si Paul n'a pas noté de phénomènes inflammatoires après inoculation de vaccin contenant des staphylocoques dorés, c'est grâce à l'action prolongée de la glycérine, car Landmann a remarqué également que ce vaccin n'était phlogogène qu'à l'état frais.

Voigt rappelle que toutes les peaux renferment des staphylocoques blancs et jaunes, sans qu'on ait besoin d'en inoculer ; ainsi s'explique, grâce à l'accoutumance, l'innocuité du vaccin contenant des germes

J. BEX.

I. — J.-G. ADAMI. The centenary of vaccination (*Montreal med. Journ.*, *août 1896*).

II. — Aug. MITSCHA. Ueber die Impfung in Nieder-Oesterreich (*Hyg. Rundsch.*, *VI*, *p. 1147*).

III. — KUEBLER. Die Ergebnisse des Impfgeschäfts im Deutschen Reiche für das Jahr 1893 (*Medic.-Statist. Mittheil. aus d. k. Gesundh. Amte*, *III*).

IV. — Le même. Ergebnisse der amtlichen Pockentodesfällestatistik im Deutschen Reiche vom Jahre 1894..... (*Ibid.*).

V. — Die Thätigkeit der im Deutschen Reiche errichteten staatlichen Anstalten zur Gewinnung von Thierlymphe während des Jahres 1895 (*Ibid.*).

VI. — KUEBLER. Die Ergebnisse des Impfgeschäfts..... für das Jahr 1894 (*Medic.-Statist. Mittheil. aus d. k. Gesundh.-Amte*, *IV*).

VII. — Le même. Ergebnisse der amtlichen Pockentodesfallstatistik..... vom Jahre 1895 (*Ibid.*).

VIII. — Ludwig STUMPF. Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königreich Bayern im Jahre 1895 (*Hyg. Rundsch., p. 878, 1er sept. 1897*).

IX. — Runderlass..... betreffend Ausführung des Impfgeschäfts vom 21 März 1896 (*Viertelj. f. gerichtl. Med., 3e série, XII, p. 450*).

X. — Runderlass..... vom 31 März 1897 (*Ibid., p. 195, juill. 1897*).

I. — Dans la province de Québec, les registres de naissances et de décès sont tenus par les ecclésiastiques des différentes confessions. La diversité des religions y correspond à des différences de races et de nationalités qui se traduisent jusque dans l'éducation sanitaire et notamment dans l'usage de la vaccination, ainsi que le démontre le tableau ci-dessous, relatif à la mortalité de la grave épidémie de variole qui a sévi en 1885 à Montréal.

	Catholiques français.	Autres catholiques.	Protestants.	Total.
	—	—	—	—
Population	93,641	29,627	44,223	167,491
Décès généraux	6,061	877	887	7825
Mortalité générale	64,7 0/00	29,6 0/00	20,05 0/00	46,71 0/00
Décès par variole	2,887	181	96	3164
Mortalité variolique pour mille	31 0/00	6,2 0/00	2,1 0 0/00	18,9 0/00

II. — En Autriche, la vaccine n'est pas obligatoire ; les vaccinations publiques sont gratuites et sont exclusivement pratiquées par les médecins. Le chiffre total des personnes vaccinées a été, en 1891, de 768,621 (1 sur 31 habitants) ; en 1892, de 816,786 (1 sur 29) ; en 1893, de 751,789 (1 sur 32). Dans la Basse-Autriche, depuis 1891, on se sert presque exclusivement de vaccin animal. Parmi les écoliers bas-autrichiens on en comptait seulement 3,5 0/0 (1,6 0/0 à Vienne) de non vaccinés en 1893, et 2,2 0/0 (1 0/0 à Vienne) en 1894.

III. — En Allemagne, il a été pratiqué en 1893, 1,326,754 vaccinations et 1,107,025 revaccinations ; 98,91 0/0 des inoculations ont été faites avec du vaccin animal. 84,25 0/0 des enfants soumis à l'obligation de la vaccine y ont satisfait. Depuis 1891, on observe une diminution continue de la proportion des vaccinations fructueuses. L'influence des adversaires de la vaccine se révèle par le nombre toujours croissant des enfants dispensés sur certificat médical. Il y a eu 6 décès causés par l'infection des plaies vaccinales et 2 décès par eczéma où la relation avec la vaccine est douteuse.

IV. — En 1894, la variole a causé en Allemagne près de moitié moins de décès que dans l'année précédente : 88 soit 1,72 par million d'habitants contre 3,09 en 1894 et 2,56 moyenne depuis 1886. Les décès se répartissent entre 34 localités dont 28 en Prusse, 2 en Bavière, 2 en Saxe, 1 en Saxe-Weimar, 1 en Brunswick et 1 en Schwarzbourg-Rudolfstadt. 74 des cas mortels se sont produits dans des régions frontières de la Russie ou de l'Autriche et 1 sur la frontière belge ; celui de la Saxe-Weimar concerne un Polonais arrivé récemment de son pays. 46 des varioleux qui ont succombé étaient des enfants au-dessous de 2 ans et 16 des enfants de 3 à 10 ans.

Il a été déclaré 58 cas de variole dont 11 sur des étrangers ; la morta-

lité a été de 19 0/0 ; 15 des Etats de l'Empire n'ont signalé aucun cas; c'est la Saxe et la Bavière qui en ont mentionné le plus grand nombre.

Des 58 malades, 13 étaient revaccinés : 1 seul, âgé de 38 ans, a succombé ; 32 avaient été vaccinés une fois, 4 d'entre eux sont morts ; 9 n'avaient pas été vaccinés, ils ont compté 3 morts ; enfin on manque de renseignements sur les 4 derniers cas dont 3 se sont terminés fatalement.

V. — Des expériences sur la production du vaccin varioleux ont été faites dans les Instituts de Hambourg et de Stettin, pendant l'année 1895. A Hambourg, où on avait parfaitement réussi antérieurement, l'échec a été complet.

A Stettin, où les 2 tentatives de 1893 et les deux premières de 1895 avaient également échoué, la 3e a été fructueuse et le virus de la variole humaine inoculé à un veau et ayant passé ensuite chez 3 autres veaux a fourni la souche d'un vaccin excellent.

Des expériences pratiquées à l'Institut de Hanovre montrent que l'injection de sérum sanguin ralentit la maturation des pustules vaccinales, sans qu'il y ait de différence, suivant que le sérum provient d'un animal vacciné ou non.

VI. — En 1894, en Allemagne, il a été vacciné pour la première fois 1,391,019 enfants sur 1,677,321 et revacciné 1,143,021 sur 1,186,674 passibles de cette obligation légale, soit un total de 2,534,040, supérieur de 100,261 à celui de l'année précédente. Se sont soustraits illégalement à la vaccination 39,369 enfants (2,47 contre 2,58 en 1893) et à la revaccination 7,234 (0,61 contre 0,73).

98,84 0/0 des inoculations ont été faites avec le vaccin animal.

Sur 100 premières vaccinations, il y en a eu 98,23 de fructueuses contre 96,35 l'an précédent, et sur 100 revaccinations 94,03 contre 91,71 en 1893.

Il y a eu 11 morts à la suite d'infection des plaies vaccinales.

VII. — L'année 1895 offre le plus petit nombre des cas de décès par variole en Allemagne, à savoir 27 contre 88 en 1894 et 116, moyenne des 10 dernières années. 18 localités ont présenté des cas mortels dont Berlin 5 et un village du cercle de Rybnik 4. 14 des décès varioliques ont eu lieu près des frontières. 11 des morts étaient des enfants au-dessous de 2 ans et 7 des enfants de 3 à 10 ans ; 2 individus âgés de 11 et de 30 ans arrivaient de Russie ; les 7 restants avaient plus de 40 ans.

Des 1,164 décès varioliques de la première décade statistique, 819 se sont produits près des frontières et 100 dans les ports.

VIII. — En Bavière, en 1895, sur 152,129 enfants passibles de la vaccination, 140,723 ont été vaccinés dont 0,38 0/0 sans résultat. Y compris les enfants nés dans l'année même, il a été pratiqué 154,295 vaccinations, toutes, à part 132, avec du vaccin animal glycériné. 1,104 enfants sur les 1,406 non vaccinés se sont soustraits illégalement à l'opération.

Sur les 121,600 enfants passibles de la revaccination, il en a été vacciné 120,124 dont 118,669 avec succès. 533 fois on a revacciné de bras à bras ; pour le reste, 10 cas exceptés, les revaccinations ont eu lieu avec le vaccin animal glycériné. La proportion des insoumis à la loi est de 0,21 0/0.

Les 112 veaux inoculés ont fourni 446,150 portions de vaccin dont 33,895 ont été rejetées, à cause de leur faible virulence ou de leur mauvaise conservation. Les vaccinations publiques ont eu lieu du 20 avril au

5 juin. Les vaccinations et revaccinations privées ont été au nombre de 11,206 (10,012 en 1894); leurs résultats sont très inférieurs à ceux des vaccinations publiques : 181 insuccès sur 10,364 premières vaccinations et 84 sur 842 revaccinations.

IX.— Dans le but de faciliter les opérations des vaccinateurs, les ministres prussiens des affaires médicales et de l'intérieur ont apporté quelques modifications à leurs instructions du 5 avril 1886. En vertu de la nouvelle circulaire (21 mars 1896), on n'inoculera plus le vaccin qu'à l'un des bras : au droit pour la première vaccination ; au gauche, pour la revaccination. Chaque inoculation se composera d'au moins 4 piqûres ou d'autant de scarifications longues de 1 centimètre.

La première vaccination sera considérée comme fructueuse quand il y aura au moins 2 pustules légitimes ; s'il n'y en a qu'une, on devra pratiquer aussitôt, soit l'auto-revaccination, soit une nouvelle inoculation.

X.—La circulaire du 31 mars 1897 a été dictée aux mêmes ministères par les résultats des opérations de vaccination et les défectuosités qui y ont été signalées. Dorénavant, on se servira du vaccin animal, qui est fourni actuellement en quantité suffisante par les établissements de l'Etat; tout vaccinateur public qui emploiera du vaccin humain, devra en indiquer le motif.

Pour éviter les phénomènes inflammatoires résultant de la confluence des auréoles de chaque pustule, la longueur des scarifications n'excèdera pas 1 centimètre et leur écartement sera d'au moins 2 centimètres ; il est interdit de faire des incisions cruciales ou quadrillées. Comme il est certain que les érysipèles et phlegmons consécutifs à la vaccination sont dus non aux germes contenus dans le vaccin animal mais à une infection accidentelle des plaies vaccinales, les médecins vaccinateurs sont tenus d'employer pour chaque inoculation un instrument stérile et de se laver au préalable les mains et les bras, comme s'il s'agissait d'une grande opération chirurgicale. On s'assurera de même de la propreté du corps et des vêtements des personnes qu'on va inoculer et tout local servant aux vaccinations publiques devra, à cet effet, être pourvu d'eau et de savon pour permettre le nettoyage des bras. Afin d'éviter l'encombrement, à chaque séance on n'admettra que 50 enfants à vacciner ou 80 à revacciner. Les médecins vaccinateurs feront immédiatement connaître à l'autorité compétente les cas de vaccine anormale, etc. J. BEX.

I. — **KASHIDA. Dieffenziennung der Typhusbacillen von Bacterium Coli commune durch Ammonioreaction** (*Centralbl. für Bakt., 24 juin 1897*).

II.— **WOOLFF et MAC COOK. Some preliminary observations on the application of the Kashida-Ogata medium to the examination of drinking-water** (*Med. Record, 21 août 1897*).

Les récentes expériences de Kashida et Ogata sur un nouveau milieu de culture permettant de faire rapidement la différenciation du bactérium coli d'avec le bacille typhique, ont incité les auteurs de cette note préliminaire à rechercher si ce milieu de culture serait utile dans la détection de ces organismes dans l'eau potable. Ce milieu de culture est une solution de tournesol spécialement préparée ; quant aux réac-

tions différentielles provoquées par le bactérium coli et le bacille typhique, elles sont d'ordre chimique, formations de gaz, changement de coloration, etc.

W. et Mc C. comparant leurs résultats avec ceux obtenus sur d'autres milieux pensent que l'on a dans la préparation de Kashida un moyen qui aura un important avenir dans l'examen des eaux potables. Cependant certaines questions restent encore en suspens, par exemple : n'y a-t-il pas d'autres bactéries que le bactérium coli, existant dans l'eau, qui soient aptes à produire les mêmes modifications de couleurs et des modifications gazeuses similaires ? CART.

I. — MARX. Ueber die heutigen Klärmethoden für Canalwässer und deren Werth (*Deut. Vierteljf. öffentl. Gesund., XXIX, p. 260, 1897*).

II. — Benno KOHLMANN. Zur Frage der Reinigung vom Sielwässern mit Kalk *Forschungsberichte..... in Hyg. Rundsch., VI, p. 1228*).

III. — Runderlass..... betreffend Canalisationen zur Abführung unreiner Abwässer (*Viertelj. f. gerichtl. Med., 3e série, XII, p. 450*).

IV. — C. FRÄNKEL. Gutachten über die Verunreinigung des Salzbach-Mühlgrabens..... durch die Abwässer der Wiesbadener Kläranlage (*Ibid., avril 1897*).

V. — Le même. Zwei Gutachten über Reinigung städtischer Kanalwässer..... zu Köln und Thorn (*Ibid., oct. 1897*).

I. — Il n'existe pas jusqu'ici de procédé d'épuration parfaite des eaux d'égout, qui réponde à toutes les exigences de l'hygiène, tout en satisfaisant le point de vue économique d'utiliser les matières qui peuvent servir à la nutrition végétale.

La clarification la plus complète actuellement des eaux d'égout s'obtient par leur épandage sur des terrains d'irrigation bien aménagés et convenablement exploités. Ces champs d'égouts n'ont donné lieu ni à transmission de maladies infectieuses, ni à odeurs incommodant le voisinage.

La clarification la plus incomplète des eaux d'égout s'obtient dans les bassins de sédimentation. Ce procédé est avantageux comme traitement préalable des eaux d'égout avant leur déversement dans un cours d'eau.

Des processus physiques, chimiques et biologiques jouent un rôle dans l'épuration spontanée des eaux courantes, mais le rôle principal incombe aux algues ne contenant pas de chlorophylle.

Dans la clarification des eaux d'égout par addition de précipitants chimiques, l'épuration mécanique ne laisse généralement rien à désirer, surtout dans le procédé de Rothe et de Röckner ; en revanche, dans tous ces procédés, qu'ils emploient la chaux seule, ou y adjoignent d'autres précipitants, l'épuration chimique et l'épuration microbienne sont très défectueuses. L'excédent de chaux solubilise les substances organiques en suspension. Le procédé de Hulwa détruit toutefois les germes.

Parmi les procédés d'épuration qui n'emploient pas la chaux, c'est le système au ferrozone et à la polarite qui a donné les meilleurs résultats. Les résidus qu'il laisse sont plus utilisables par les agriculteurs, que ceux laissés par la chaux : plus la proportion de chaux nécessaire à l'épuration

est considérable, moins grande est la valeur fertilisante des résidus.

Jusqu'à présent, l'électricité n'a pas répondu à l'attente d'y trouver un agent d'épuration efficace et économique des eaux d'égout.

II. — Pour clarifier et dépouiller de leur odeur les eaux d'égout, dans lesquelles il ne s'agit pas de détruire des germes pathogènes, Kollmann recommande l'emploi d'une eau de chaux saturée (1 pour 780), en place du lait de chaux usité généralement. Quand on emploie ce dernier, en raison de son poids, la chaux en excès ne tarde pas à se déposer au fond et comme elle ne peut plus se redissoudre, elle a perdu son pouvoir clarifiant. Le lait de chaux gaspille la chaux et accroît notablement le volume des boues ; en effet, pour 2.000 litres d'eau, on prend généralement 100 kilogrammes de chaux dont 3 kilogrammes seuls se dissolvent (1 pour 780), de sorte que 97 kilogrammes restent non dissous, inutiles et encombrants. Pour préparer l'eau de chaux, il faut une quantité d'eau beaucoup plus considérable ; mais cela n'a pas d'importance dès que, pour cette dissolution, on se sert de l'eau d'égout déjà clarifiée.

III. — La circulaire ministérielle prussienne du 30 mars 1896 rappelle, qu'en vertu des arrêtés du 1er septembre 1877 et du 8 septembre 1886, tous les projets de déversement d'eaux d'égouts doivent être soumis préalablement aux ministères du Commerce, des Travaux publics, des Affaires médicales, de l'Agriculture et de l'Intérieur, dans le but d'empêcher l'infection des cours d'eau publics, partout d'après les mêmes principes. La nécessité de l'approbation gouvernementale est la même, quand on se propose d'effectuer le déversement dans un cours d'eau privé, communiquant ou non avec un cours d'eau public.

IV. — En 1886, Wiesbaden qui comptait alors 54,000 habitants a établi le tout à l'égout avec usine d'épuration et déversement des eaux en provenant dans le Salzbach, qui est un cours d'eau insignifiant, dont le courant est entravé par de nombreux barrages et est réduit à 30 millimètres par seconde. Les riverains d'aval n'ont pas tardé à se plaindre, notamment les habitants de Biebrich ; C. Fraenkel, Wiebe et Landmann ont été chargés de l'expertise judiciaire.

Les experts ont constaté toute l'insuffisance d'un système d'épuration prévu pour une population moitié moindre, et alors qu'il n'existait pas d'abattoirs publics. De 12,000 mètres, le cube des eaux d'égout a passé à 17,000, de sorte que les bassins n'ont plus les dimensions suffisantes pour permettre le ralentissement du courant indispensable à la sédimentation ; en outre, la proportion de chaux ajoutée est trop minime.

V. — Cologne (200,000 habitants) et Thorn (30,000 habitants) se trouvent dans des conditions exceptionnellement favorables pour déverser les eaux de leurs égouts dans les fleuves sur les bords desquels ces villes sont situées.

Les 28,000 mètres cubes d'eaux sales de Cologne, en arrivant dans le Rhin, à l'époque où ses eaux sont le plus basses, s'y trouvent encore diluées dans la proportion de 1 sur 2,000.

Néanmoins, il n'est pas admissible que les eaux d'égout s'y rendent sans avoir subi une épuration préliminaire, pour les raisons suivantes : 1° Cologne ayant été dispensée de traiter chimiquement ses eaux d'égout, les villes de Strasbourg, Worms, Mayence, Wiesbaden et Dusseldorf ont

demandé la même faveur ; si on la leur accordait, le Rhin, malgré son grand débit et la vitesse de son courant, finirait par être pollué irrémédiablement ; 2° il y a lieu de retirer des eaux d'égout les corps qui surnagent (papier, bouchons, etc.), car c'est eux qui frappent d'abord la vue des riverains et suscitent les premières plaintes ; 3° il est également indispensable d'en extraire les matières lourdes (sable, etc.) qui ne tardent pas à former des atterrissements fétides au voisinage du débouché des collecteurs et à envaser le lit du cours d'eau ; 4° enfin et surtout, en prévision des épidémies, on doit exiger des installations permettant de recueillir les eaux d'égout pour, le cas échéant, les désinfecter chimiquement.

Le désaccord entre la municipalité de Cologne et le représentant de l'autorité centrale ne roule plus que sur les dimensions des bassins de sédimentation ; la ville a en vue des dimensions qui donneraient aux eaux d'égout traversant les bassins une vitesse de 15 millimètres par seconde, tandis que le gouvernement ne voudrait qu'une vitesse de 4 millimètres, comme celle en usage à Francfort-sur-Mein, afin de mieux assurer le dépôt de toutes les substances fertilisantes. A cela, Fraenkel répond que ni les expériences ni la pratique n'ont encore prouvé que la sédimentation s'effectue moins bien à des vitesses supérieures à 4 millimètres, et que les eaux d'égout de Cologne paraissent très peu concentrées, puisqu'elles ne renferment que 273 milligrammes de matières suspendues par litre, alors qu'à Paris on en compte 1,515, à Francfort 1,300, à Berlin 670 et à Londres 614.

Voici les conclusions du rapport de Fraenkel auxquelles les deux parties en cause se sont ralliées : Construire deux bassins placés côte à côte, de manière à pouvoir fonctionner alternativement ; leur donner les dimensions définitives et expérimenter, durant 2 ans au moins, pour reconnaître parmi les vitesses comprises entre 2 et 20 millimètres par seconde, laquelle est la plus favorable à la clarification. Quant aux boues extraites des bassins, Fr. est d'avis, au lieu de les additionner de lait de chaux, d'en faire du compost, en les mélangeant avec les immondices urbaines désséchées, ou, à défaut, de les transformer en poudrette, se réservant, au pis-aller, de les employer à des nivellements de terrains.

La situation de Thorn est encore plus enviable que celle de Cologne ; ses 24,000 mètres cubes d'eaux d'égout se trouvent dilués au dix-millième dans la Vistule, qui a un débit minimum de 300 mètres cubes par seconde, lequel atteint 7,750 mètres cubes dans les hautes eaux. Néanmoins, avant d'envoyer ses eaux sales au fleuve, Thorn les traite dans une installation modèle ; en effet ses bassins de clarification sont assez vastes pour que le courant des eaux d'égout les parcoure avec une vitesse maximum de 2 millimètres par seconde ; en outre, on les y additionne de chaux.

Fraenkel conclut que, sauf en cas d'épidémies de choléra ou de fièvre typhoïde, il y a lieu de dispenser la ville de Thorn du traitement par la chaux qui est au moins inutile, l'épuration mécanique étant suffisante. Théoriquement les eaux d'égout de Thorn sont additionnées de chaux à raison de 1 0/00 ; en fait, on n'y ajoute pas le dixième de ce chiffre et cependant le cube quotidien des vases des bassins s'élève à 6 ou 7 mètres.

J. BEX.

Alex. LION. Untersuchungen über dcn Keimgehalt und die Desinfektion benutzer Bücher (*Thèse de Wurzbourg, 1897*).

Douze examens entrepris sur un roman, très lu, d'un cabinet littéraire ont donné comme moyenne 250 germes au milieu d'une page choisie parmi les propres et 3,350 au bord d'une page particulièrement salie, dans un espace de 100 centimètres carrés.

Sept examens portant sur un atlas de planches anatomiques qui après avoir été très demandé n'était plus en usage depuis trois ans, ont révélé comme moyenne, dans la même étendue superficielle, un chiffre de germes variant de 125 à 1075. Un autre livre d'anatomie, récemment hors d'usage, a fourni de 2275 à 3700 germes pour une superficie identique.

Naturellement les couvertures des livres offrent une plus grande abondance de germes que leurs feuilles.

Par 100 centimètres carrés, le papier à lettres neuf contient de 100 à 200 germes; le papier à filtrer le café en renferme de 500 à 550; un billet de banque sur une superficie semblable en présentait de 800 à 3,000, un autre, de 1,250 à 2,400.

La gomme des timbres-poste paraît être un excellent milieu nourricier de microorganismes. J. BEX.

Lydia RABINOWITSCH. Zur Frage des Vorkommens..... (La présence de bacilles tuberculeux dans les beurres de vente) (*Deutsche med. Woch.*, 5 *août 1897*).

Sur 80 échantillons de beurres provenant de différents marchés, R. n'a pas trouvé une seule fois le bacille tuberculeux avec ses caractères spécifiques au point de vue des cultures et des propriétés pathogènes. 23 échantillons, soit 28,7 0/0, ont provoqué chez le cochon d'Inde des lésions qui, au point de vue microscopique simulaient absolument la vraie tuberculose, il s'agissait d'un bacille possédant à peu près les mêmes propriétés physiques et biologiques que le bacille de la tuberculose, mais s'en différenciant nettement par ses propriétés pathogènes. Ces recherches confirment celles de Schuchardt et sont en contradiction avec celles d'Obermüller. H. DE BRINON.

M. NENCKI, N. SIEBER et W. WYZNIKIEWICZ. Ueber die Rinderpest (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 24, 14 juin 1897*).

Ce sont les résultats de recherches entreprises, depuis 1895, à la demande du gouvernement russe, sur les troupeaux des Cosaques du Kouban qui étaient alors décimés par la peste bovine.

L'agent morbide de la peste bovine n'est pas une bactérie. N. S. et W. ont cependant isolé deux espèces bactériennes déterminant chez les ruminants, non la peste, mais une gastro-entérite aiguë. Le microbe spécifique de la peste bovine se laisse cultiver dans les milieux contenant de la mucine, sur l'agar, sur le bouillon peptoné, additionné de 2 pour 100 de chlorure de sodium. Il s'y présente sous forme de corpuscules

volumineux, de 1, 5 à 3 μ, arrondis, souvent allongés en poires et d'un brillant mat. Ce microbe prend mal les couleurs ; sur les milieux solides, il ne forme pas de colonies, tandis que dans les liquides les bactéries ne fardent pas à étouffer ses cultures. Chez les moutons et les veaux, les cultures de la première à la quatrième génération provoquent la véritable peste bovine, à laquelle succombent également les veaux sains inoculés avec le sang de ces animaux infectés expérimentalement.

Le sérum des animaux qui ont eu la peste possède des propriétés immunisantes. Le sang des animaux pestiférés renferme aussi, assez fréquemment, une espèce de streptotrix pathogène, et leurs organes des flagellés et des amibes.

Tandis que les organes d'animaux morts de la peste gardent leur virulence plus de six mois, lorsqu'on les conserve, à une basse température, dans une solution salée à 10 pour cent, le microbe spécifique périt rapidement lorsqu'on le cultive dans un milieu artificiel.

Tous les organes et liquides des animaux pestiférés renferment le microbe. Contrairement à Koch (*R. S. M.* L, 535) les auteurs affirment que la bile aussi en contient et qu'elle ne confère nullement l'immunité aux animaux auxquels on l'injecte.

Les amibes qu'on trouve non seulement dans le tube digestif, le mucus de l'utérus et du nez, mais aussi dans les organes, moins constamment, ne sont pas pathogènes pour les ruminants, tandis qu'elles leur confèrent l'immunité contre la peste ; les mêmes terrains de culture qui conviennent au microbe pesteux conviennent à ces amibes et aux flagellés qui les accompagnent.

Le sérum d'une espèce étrangère de ruminants, tels que les moutons, est doté d'un pouvoir immunisant plus énergique que celui des bovidés.

J. B.

A. CELLI et F.-S. SANTORI. La malaria dei bovini nella campagna romana (*Ann. d'Ig. sperim.*, *1897*).

Celli et Santori décrivent une maladie qui sévit sur le gros bétail de la campagne romaine. Elle se traduit par une anémie aiguë fébrile et est due à un parasite intra-globulaire qui se présente sous deux formes principales. L'une de ces formes est animée de mouvements de déplacement à l'intérieur des hématies, tandis que l'autre n'offre que des mouvements amiboïdes. Dans les cas graves, l'affection peut se compliquer d'hémoglobinurie. L'examen du sang permet de poser rapidement et sûrement le diagnostic.

Cette épizootie est identique à l'hémoglobinurie épizootique décrite en Roumanie par V. Babes ; à la fièvre du Texas (Smith et Kilborne ; Weisser et Maassen) ; à l'hémoglobinurie de Finlande (Ali Krogius et von Hellens) : enfin à l'hématinurie de Sardaigne (San Felice et Loi).

Les caractères classiques et parasitologiques, les lésions anotomo-pathologiques, le fait que le sang des animaux malades ne transmet la maladie qu'à ceux de la même espèce, c'est-à-dire aux bovidés, tandis que cobayes, lapins, souris, rats, chats et chiens sont réfractaires et enfin la double circonstance que l'affection sévit sur l'espèce bovine dans les régions paludéennes, pendant la saison des fièvres intermittentes et que

la quinine en est le souverain remède, voilà toutes les raisons qui ont déterminé C. et S. à lui donner le nom de paludisme du bœuf. J. B.

JANSEN. Ueber Bradsot und deren Ätiologie (*Deut. Zeitschr. f. Thiermed. u. vgl. Pathol., XXII*).

Sous le nom de *bradsot*, on désigne une affection épizootique, ressemblant au charbon, qui survient, l'hiver, en Islande, aux îles Féroë et dans la partie occidentale de la Norvège, sur les agneaux, dont elle fait périr de 3 à 50 0/0; la même maladie est connue sous la dénomination de *braxy* dans l'ouest et le nord de la Grande-Bretagne. C'est une maladie infectieuse aiguë débutant par une inflammation hémorragique, circonscrite, de la caillette, s'étendant rapidement à la totalité du tube digestif et amenant la mort en peu d'heures, en partie par intoxication, en partie par la dyspnée due au météorisme. Yvar Nielsen a découvert dans les parties hémorragiques du tube digestif, ainsi que dans les capillaires des tissus, un bacille qu'il a pu cultiver : il est anaérobie, contient parfois des spores, est souvent accouplé, plus souvent groupé en filaments ; sur l'agar-agar, il a un développement caractéristique accompagné de dégagement d'un gaz fétide. Nielsen n'avait pas réussi à l'inoculer aux moutons, tandis que chez les cobayes et les souris, il avait provoqué une affection analogue au charbon emphysémateux et à l'œdème malin. Ringberg avait retrouvé le même bacille. Jansen l'a pu cultiver soit au moyen de ses spores desséchées, soit à l'aide de préparations conservées dans la glycérine ou l'alcool. Il n'a pas mieux que Nielsen réussi à transmettre la maladie, en faisant ingérer le bacille aux moutons, mais en revanche, en le leur inoculant, il a vu ces animaux périr au milieu des symptômes du charbon emphysémateux. Chez le veau, l'inoculation amène un vaste œdème hémorragique. Le bacille est très pathogène aussi pour les cochons de lait, les cobayes, les souris, et encore plus pour les poules et les pigeons ; les lapins sont beaucoup moins sensibles à son action. Tout en s'éloignant par maints de ses caractères du bacille du charbon emphysémateux, le bacille de cette épizootie ovine constitue avec lui, ainsi qu'avec celui de la septicémie des lapins et celui de la septicémie des baleines, un groupe de microbes apparentés, tous anaérobies et donnant lieu à de l'œdème ou à des inflammations hémorragiques, avec ou sans production de gaz ; suivant le microbe, l'un ou l'autre de ces phénomènes est plus saillant. Les 3 premiers de ces 4 microbes sont très sensibles à la moindre modification de l'alcalimité du milieu nourricier. Le microbe de la nouvelle épizootie ovine croît plus rapidement à la température du corps qu'à celle de la pièce et se développe le mieux sur les sols contenant du sérum. J. a réussi à conférer l'immunité à un mouton en lui injectant des parcelles d'organes desséchés de moutons malades. J. B.

I. — C. EIJKMANN. Eine Beri-beri-ähnliche Krankheit..... (Une maladie des poules analogue au béribéri) (*Arch. f. path. Anat., CXLVIII, 3*).

II. — Le même. Ein Versuche zur..... (Un essai pour combattre le béribéri) (*Ibid., CXLIX, 1*).

Eijkmann observa sur les poules de son laboratoire de Batavia une

maladie, analogue au béribéri : troubles de la motilité débutant dans les pattes et envahissant plus tard les ailes et finissant par une paralysie généralisée. A l'autopsie, on trouva de la polynévrite, mais impossible de découvrir un microbe ou un parasite organisé quelconque.

Une série d'essais établirent que cette maladie était déterminée par l'alimentation exclusive de certaines substances amylacées, surtout par le riz. Mais il faut distinguer : le riz mondé ou décortiqué (cru ou cuit) produit seul la maladie; le riz non débarrassé de ses enveloppes est inoffensif. On peut même ôter l'enveloppe extérieure (balle) ; il suffit de laisser la membrane intérieure, ou pellicule argentée, pour que le riz ne donne pas lieu à la maladie. C'est donc dans l'enveloppe intérieure, argentée, que se trouve la substance neutralisant l'influence nocive de l'alimentation amylacée.

Alors se posa la question des liens de parenté qui pourraient exister entre cette maladie des poules et le béribéri humain. Pourra-t-on appliquer les connaissances précédentes au traitement du béribéri humain?

Voici le résultat des recherches entreprises à cet égard par Eijkmann : Le béribéri est une maladie propre aux populations qui se nourrissent de riz.

En soumettant des prisonniers à une alimentation de riz à moitié décortiqué, il vit les cas de béribéri diminuer notablement. Ces essais, quoique trop peu nombreux pour permettre des conclusions fermes sont très encourageants.

D'autre part, l'inspecteur du service médical de Java a fait, à l'instigation de Eijkmann, une enquête sur : A) les prisons où les détenus d'origine indigène sont soumis à un régime alimentaire de riz à moitié décortiqué et B) celles où le riz complètement décortiqué compose la nourriture des prisonniers. Cette enquête établit que, sur 27 prisons qui emploient le riz à moitié décortiqué, une seule est infectée de béribéri, et, des 73 autres prisons dont le régime est constitué par du riz complètement décortiqué, 36 présentent des cas de béribéri. Autre fait précis : dans la prison de Tolong-Agong où l'on se servait de riz complètement décortiqué, le béribéri comptait pour le 5,8 0/0 dans le chiffre de la mortalité totale ; depuis 1895, époque à laquelle on a adopté, pour des raisons diverses, le régime du riz à moitié décortiqué, le béribéri a disparu de la prison.

ED. RETTERER.

Neil MACLEOD. Can beriberi be caused by food supplies from countries where beriberi is endemic? (*Brit. med. Journ., p. 390, 14 août 1897*).

L'auteur rapporte une curieuse épidémie à bord d'un navire, l'*Ancona*, parti de New-York le 19 août 1896. En janvier 1897, le capitaine se sent faible et fatigué, et ses jambes enflent. Le premier et le second officier de bord éprouvent les mêmes symptômes, beaucoup plus marqués, et s'alitent au bout de 15 jours. Le fils du capitaine est également atteint, moins gravement. Au bout de 35 jours, les deux officiers meurent subitement, après avoir éprouvé des palpitations, de l'insomnie, de la dyspnée. Le capitaine et son fils guérissent, après avoir présenté une paraplégie

incomplète, des troubles de sensibilité et de la suppression des réflexes rotuliens.

De l'enquête à laquelle s'est livré l'auteur, il ressort que vraisemblablement cette affection était le béribéri, qui n'existait pas à New-York ni dans le reste de l'équipage, et que les seuls malades ont été les officiers, dont le régime alimentaire était spécial. L'auteur incrimine le riz, le sagou, le tapioca, qui provenaient de pays infectés de béribéri, et il donne à l'appui de cette thèse des arguments assez plausibles. H. RENDU.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE

BROUARDEL et GILBERT. Traité de médecine et de thérapeutique (*Tome IV, in-8° 882 p., Paris, 1897*).

Le tome IV du Traité de médecine est consacré à l'étude des maladies du tube digestif. J. Teissier et Roque se sont chargés de l'étude des maladies de la bouche et du pharynx, étude tout à fait nouvelle, en raison des données bactériologiques et de l'importance que cet examen a pris pour le diagnostic différenciel des variétés d'angines. Galliard s'est occupé des maladies de l'œsophage et de l'intestin, mettant au point les questions d'actualité, telles que l'appendicite, l'entérite membraneuse, etc... Le chapitre des maladies de l'estomac est devenu, sous la plume de Hayem et Lion, un véritable traité (230 pages) où les auteurs passent successivement en revue, la séméiologie, la technique d'exploration et les affections si variées de ce viscère. Laboulbène étudie, avec sa compétence bien connue, les vers intestinaux; Hutinel les entérites infantiles et Dupré, les maladies du péritoine. A. CARTAZ.

A. LAVERAN. Traité du paludisme (*1 vol. in-8° de 492 p. avec 27 fig., Paris, 1898*).

Ce remarquable ouvrage est une monographie complète, mise au courant des recherches les plus récentes parues sur la question du paludisme et de son hématozoaire, l'étiologie de la maladie, ses formes cliniques, l'anatomie pathologique et le traitement curatif ou préventif. Le chapitre III est spécialement consacré à la description du parasite de la malaria. Enfin dans un chapitre spécial (XII), l'auteur passe en revue les parasites voisins de l'hématozoaire du paludisme, qui jouent un rôle pathogène chez l'homme et chez l'animal. H. VINCENT.

P. DUFLOCQ. Leçons sur les bactéries pathogènes (*1 vol. in-8° de 685 p., Paris, 1897*).

Mis au courant des documents les plus récents, cet ouvrage constitue

un tableau très étudié des découvertes bactériologiques qui concernent un certain nombre de microbes pathogènes (staphylocoques, streptocoque, pneumocoque, gonocoque, tétrades et sarcines, B. coli, B. typhique, choléra, diphtérie, tétanos), et qui sont plus spécialement applicables à la médecine clinique. L'étude du bac. typhique comprend 10 chapitres; celle du tétanos, de la diphtérie, du streptocoque, est également exposée avec développement. L'auteur y marque bien l'importance de l'étude bactériologique au point de vue clinique et fait ressortir les liens qui rattachent l'une à l'autre à propos de ces maladies spécifiques. A côté des grandes questions de biologie microbienne et de physiologie pathologique des processus causés par ces divers agents infectieux, l'auteur a fourni quelques détails de technique pure, les plus indispensables à connaître, touchant les modes de coloration ou de cultures de ces microbes. Chaque chapitre est complété par une notice bibliographique des travaux les plus récents sur ce sujet. H. VINCENT.

C. BENDA. Zwei Fälle von Cholesteatom des Gehirns (*Berlin. klin. Woch., n° 8, p. 167, 22 fév. 1897*).

Il s'agit de deux femmes âgées l'une de 46, l'autre de 45 ans. Les premiers symptômes d'une affection cérébrale remontaient à 20 ans chez la première, à 15 ans chez la seconde.

Depuis deux ans, celle-là avait de l'affaiblissement des membres gauches; à son entrée à l'hôpital, on constata de la parésie et de la paresthésie de ce côté, une diminution considérable de la force motrice et de l'atrophie musculaire des deux côtés, mais plus marquée à gauche; une légère diminution de la sensibilité avec vivacité des réflexes; un peu de dysphagie et de gêne de la parole, une déviation de la luette à gauche; de la rachialgie et enfin du catarrhe bronchique. Cette femme mourut six jours après son admission. A l'autopsie, tumeur développée exclusivement dans l'hémisphère cérébelleux gauche presque entièrement détruit; myocardite intense, fragmentation du myocarde; échinocoque pulmonaire.

La femme de 45 ans, très obèse, offrait comme symptôme prédominant une névralgie du trijumeau gauche pour laquelle F. Krause réséqua le ganglion de Gasser. Mort par affaiblissement rapide, au milieu de phénomènes de compression, quatre semaines après l'opération. La masse morbide était beaucoup plus étendue que dans le cas précédent. Sa portion principale siégeait derrière le chiasma, avait détruit l'hypophyse et l'infundibulum et fait irruption dans le troisième ventricule; latéralement, elle envoyait un gros noyau dans le lobe temporal droit; en arrière, elle s'étendait en couche mince dans l'arachnoïde de la protubérance et présentait plusieurs noyaux ayant pénétré à l'intérieur de l'hémisphère cérébelleux. J. B.

Allen STARR. The transmission of sensations through the spinal cord (Voies sensitives médullaires) (*Journ. of nerv. and mental diseases, p. 451, août 1897*).

Allen Starr admet que dans la plupart des faisceaux médullaires il existe des fibres dont la conductibilité est de sens opposé; il fait très judicieusement remarquer que, dans les dégénérations ascendantes consécutives aux lésions transverses de la moelle, les longs faisceaux ascendants montrent une zone de dégénération d'autant moindre qu'on s'élève davantage

au-dessus de la lésion, ce qui indique que leurs fibres se terminent dans la substance grise médullaire et ne vont pas toutes aux noyaux des cordons de Goll et de Burdach ; en tout cas aucune des fibres de ces cordons ne va directement jusqu'au cerveau. De ces considérations Allen Starr conclut qu'il n'existe pas de voies reliant directement les parties sensitives de la moelle au cerveau, et que les fibres sensitives se trouvent interrompues dans une quantité de neurones dont l'existence est justement nécessaire pour l'élaboration des associations, des réflexes, etc.

PIERRE MARIE.

R. WILLIAMSON. On the symptomatology of gross lesions involving the præfrontal region of the brain (*Brain, part LXXV, p. 346, 1896*).

L'expérimentation conduit à reconnaître au lobe préfrontal les propriétés suivantes.

C'est le centre moteur des yeux et des mouvements de la tête du côté opposé ; c'est aussi le centre de l'attention. Sa déformation diminue beaucoup l'activité psychique. Enfin, d'après Munk, il serait également le centre de la musculature du dos.

Williamson a recherché si la clinique confirmait ces vues. Il publie 4 cas de lésions localisées aux lobes préfrontaux dont voici le sommaire :

Obs. 1. Sarcome des deux lobes préfontaux : somnolence, suppression des réflexes patellaires, névrite optique unilatérale.

Obs. 2. Abcès du lobe frontal droit ; névrite optique limitée au côté droit ; céphalée frontale et occipitale ; suppression des réflexes patellaires.

Obs. 3. Tumeur comprimant le lobe frontal gauche ; convulsions, manie, coma.

Obs. 4. Tumeur du lobe frontal droit absence de réflexes patellaires, céphalée occipitale, somnolence.

De l'analyse de ces cas et de 45 autres, l'auteur tire les conclusions suivantes.

La céphalée est un symptôme constant, le plus souvent localisée à la région frontale, ou encore à la région occipitale, rarement ailleurs. La sensibilité à la percussion de la région frontale a été fréquemment notée.

La névrite optique est très fréquente, tantôt double, parfois simple, parfois accompagnée de perte de l'odorat ; ce dernier symptôme a une valeur réelle. L'exophtalmie est rare.

Les paralysies de la face, du bras ou de la jambe ont été signalées; elles ne se voient guère qu'à la dernière période de la maladie. Les convulsions, par contre, sont communes.

L'absence du réflexe rotulien est un phénomène assez remarquable, car en général dans les tumeurs intéressant la zone motrice, les réflexes patellaires sont augmentés.

Les troubles cérébraux, perte de mémoire, somnolence, inattention, sont la règle. Jastrowitz insiste sur la présence de conceptions puériles et d'un optimisme enfantin en pareil cas.

Le diagnostic différentiel est surtout difficile avec les tumeurs du cervelet.

H. R.

R. WILLIAMSON. On touch paralysis (*Brit. med. Journ.*, *p. 787*, *25 sept. 1897*).

La paralysie du toucher est l'inaptitude à reconnaître la nature des objets au moyen des impressions tactiles. Ce trouble fonctionnel se rencontre toujours quand il existe une anesthésie prononcée ; mais il peut se montrer isolément alors que la sensibilité est conservée : les malades n'apprécient la forme et la consistance des objets qu'en les regardant et en les touchant simultanément.

L'auteur publie deux observations de ce genre. Chez la première malade il existait probablement une lésion syphilitique intéressant l'écorce cérébrale du côté droit. Le bras gauche n'était nullement paralysé, mais la main était inhabile à saisir et à mensurer les objets quand la malade avait les yeux fermés ; la sensibilité tactile était pourtant intacte.

Dans la seconde observation, il s'agissait d'une embolie de la sylvienne gauche ayant donné lieu à une hémiplégie ; l'hémiplégie avait complètement guéri, mais le sens du tact était resté obtus à la main droite, bien qu'il n'y eût point d'anesthésie au contact ni à la douleur. Il ne s'agit pas là d'une parésie des muscles de la main, car les hémiplégiques vrais apprécient parfaitement la forme et le poids des objets qu'on place dans leur main paralysée. Ce n'est pas non plus le fait d'un certain degré d'anesthésie, car des hystériques hémianesthésiques peuvent encore apprécier les qualités physiques des objets qu'on leur fait tenir. Il n'est même pas probable qu'il s'agisse d'une perte du sens musculaire car l'auteur a vu un malade atteint de maladie de Friedreich qui avait une excessive incoordination des mouvements de la main, et qui pourtant distinguait fort bien, les yeux fermés, les dimensions et la forme des objets qu'il tenait.

Williamson range ce phénomène sous le nom de toucher actif, et le considère, avec Dana, comme dépendant de la mémoire motrice et tactile associée aux centres spéciaux corticaux du mouvement et du tact. Il y aurait donc, dans la paralysie du toucher, quelque chose d'analogue à la cécité ou à la surdité verbale dans l'aphasie. H. RENDU.

KIRKHOFF. Ueber trophische Hirncentren, etc. (Sur des centres trophiques cérébraux et sur le trajet intracérébral des fibres trophiques, des fibres conductrices des impressions de douleurs et de certains faisceaux à fonctions indéterminées (*Arch. f. Psychiat.*, *XXIX*, *3*, *p. 888*).

Les recherches faites par l'auteur à l'occasion de deux cas cliniques avec autopsie, dont il donne une relation détaillée, l'ont amené à conclure ce qui suit :

Il existe dans le cerveau des fibres chargées spécialement de la transmission des impressions douloureuses. Il se peut que ces fibres pénètrent dans la région subthalamique ou à travers les fibres des faisceaux sensitifs latéraux et des faisceaux protubérantiels, confondues avec les conducteurs des impressions tactiles. Plus haut, dans la région du noyau thalamique externe elles paraissent s'isoler de ces derniers, soit qu'elles gagnent le noyau coudé et le putamen en traversant l'anse du noyau lenticulaire, soit qu'elles passent à côté de ces noyaux pour rejoindre l'écorce grise du cerveau.

Les névralgies des membres d'origine cérébrale se cantonnent dans le voisinage des grosses jointures.

Il existe des fibres trophiques issues du cerveau qui, sur une certaine étendue de leur parcours, côtoient les fibres motrices, mais qui s'en séparent sur une partie de leur trajet intra-cérébral. Leurs points d'origine sont : 1° le corps strié (noyau caudé et putamen), ou 2° un territoire de l'écorce cérébrale situé dans le voisinage des centres moteurs, les fibres trophiques traversent la portion de la capsule interne qui comprend les fibres fronto-protubérantielles, peut-être aussi l'anse du noyau lenticulaire d'où elles gagneraient la région subthalamique. Elles cheminent ensuite dans la partie médiane de l'étage inférieur du pédoncule, le faisceau fronto-protubérantiel, et elles pénètrent dans la moelle, au voisinage immédiat du faisceau pyramidal, peut-être par un détour à travers le cervelet.

Les fibres chargées de la transmission des impressions douloureuses et les fibres trophiques paraissent cheminer côte à côte, dans la portion de leur parcours comprise entre la protubérance et le corps strié.

Après une longue durée des affections qui intéressent le corps strié, les groupes antéro-latéraux de cellules ganglionnaires, des cornes antérieures de la moelle prennent à leur charge les fonctions trophiques (celles en particulier du segment lombaire se chargent de présider à la nutrition des jambes). Il n'est pas possible de spécifier la manière dont s'effectue la fonction trophique dévolue à l'écorce cérébrale.

Les atrophies des membres d'origine cérébrale se cantonnent dans voisinage des grosses jointures.

Les troubles fonctionnels des conducteurs trophiques n'occasionnent vraisemblablement qu'une simple atrophie par inaction, les troubles fonctionnels des centres trophiques cérébraux engendrent peut-être une atrophie musculaire dégénérative.

Les conducteurs trophiques destinés à la jambe traversent peut-être la partie dorsale du segment postérieur du putamen. Probablement la cuisse, le bras et la face tirent leur innervation trophique (cérébrale) de portions du putamen et du noyau caudé, situées plus en avant. Dans la moelle, les fibres trophiques semblent cheminer surtout dans le système intermébiaire du faisceau pyramidal croisé.

D'après d'autres observations, le faisceau moteur destiné à la jambe, dans son parcours à travers le coude postérieur de la capsule interne, occupe en majeure partie une situation postérieure, et dans son parcours à travers le pédoncule, une situation latérale. Dans le faisceau pyramidal croisé, il occupe en majeure partie une situation médiane, à côté de la couche limitante latérale.

E. RICKLIN.

Howell T. PERSHING. Auditory aphasia (*The Journ. of nervous and mental dis., p. 519, sept. 1897*).

Homme de 70 ans, atteint d'un ictus en mars, hémiplégie légère, ne pouvait plus ni parler intelligiblement ni comprendre ce qu'on lui disait, tandis que l'ouïe était bien conservée. Spontanément était plutôt loquace, mais fréquemment paraphasie et même jargonaphasie. Pas d'hémianopsie, ne peut plus lire que son propre nom. Se sert très adroitement de différents outils et objets usuels.

L'auteur, à cette occasion, rapporte des observations de surdité ver-

bale avec autopsie dues à différents auteurs. Contrairement à Dejerine et à Mirallié, il soutient que la cécité verbale et la surdité verbale peuvent exister d'une façon indépendante et en temps que formes pures.

PIERRE MARIE.

William SPILLER. Four cases of cerebellar disease (*Brain, part LXXVI, p. 588, 1896*).

Obs. 1. Homme de 23 ans, convulsions épileptiformes à l'âge de 3 ans ; n'a pu marcher qu'à 5 ans. Intelligence au-dessous de la moyenne. La caractéristique de son état est une démarche très spéciale. Il se meut très facilement et très vite à quatre pattes ; dans la station debout, au contraire, il est gêné, hésitant, penché en avant ; son centre de sustentation n'est pas normal, et sa marche répond au type pelvien de Klippel. Légers troubles de coordination du membre supérieur. Tremblement habituel et chorée fibrillaire. Exagération des réflexes, nystagmus, mouvements saccadés des yeux et des paupières ; parole saccadée et articulation des mots très défectueuse. Santé générale bonne.

Obs. 2. Enfant de 13 ans, n'ayant marché qu'à 7 ans. 3 pneumonies dans son enfance. Marche incoordonnée et ataxique, titubante comme dans l'ivresse, tendance à la latéropulsion. Vue bonne, mais névrite optique de l'œil gauche. Pas de nystagmus. Exagération des réflexes rotuliens ; pas de signe de Romberg. Il ne s'agit pas d'une ataxie de Friedreich, mais probablement d'une sclérose en plaques avec localisation cérébelleuse, d'origine infectieuse.

Obs. 3. Fillette de 7 ans : convulsions dans son enfance, intelligence obtuse, ouïe médiocre ; vue bonne. Pas de nystagmus, mais mobilité anormale des globes oculaires. Démarche inégale ; elle se tient debout, les jambes très écartées, les genoux rapprochés, tombe à chaque instant tout en ayant de la force musculaire ; sa tendance est de tomber en avant. Exagération des réflexes rotuliens. Léger degré d'hydrocéphalie.

Ce cas est complexe et les lésions cérébelleuses font partie d'un ensemble de malformation encéphalique.

Obs. 4. Garçon de 19 ans ; n'a su marcher qu'à 3 ans. A 5 ans, scarlatine et diphtérie qui ont retardé son développement cérébral. Actuellement démarche titubante, à pas courts et rapides. Troubles de la vue, strabisme. Mort de tuberculose.

A l'autopsie, microcéphalie et malformations cérébrales considérables. Le corps calleux est atrophié et presque nul ; le cervelet fait presque entièrement défaut ; l'hémisphère cérébral gauche est atrophié.

L'examen microscopique du cervelet est rapporté en grands détails ; il s'agit d'une sclérose ayant envahi la région externe de chaque hémisphère cérébelleux, avec disparition des cellules de Purkinje ; atrophie de l'olive inférieure et des couches optiques, intégrité des artères cérébelleuses qui ne sont pas sclérosées.

Ces cas rentrent dans la description de ce que Marie a désigné sous le non d'hérédo-ataxie cérébelleuse.

H. R.

Sidney WOLF. Ein Beitrag zur Ätiologie der circumscripten Meningitis (*Berlin. klin. Woch., n° 10, 8 mars 1897*).

Sur 17 cas de méningite, avec examen bactériologique, que Wolf a trouvés dans la littérature, il en compte 44,25 0/0 par le pneumocoque ; 34,8 0/0 par le méningocoque ; 8,05 par les streptocoques ; 3,45 par les

staphylocoques; 2,87 par le bacille d'Eberth; 1,75 par le bacille de Neumann et de Schaeffer; 1,15 par le bacille pneumonique de Friedlaender, et les 2,87 0/0 restants par les bacilles colique, pyogène fétide, aérogène méningitique et morveux. Enfin, dans 1,15 0/0 des cas, il n'a été trouvé aucun microbe.

Wolf conclut que la méningite cérébro-spinale a deux principaux agents infectieux, le pneumocoque de Fraenkel et le diplocoque intracellulaire de Weichselbaum; que dans une minorité des cas, elle peut être due à d'autres microbes, spécialement aux pyocoques. Dans les méningites circonscrites, on n'a signalé jusqu'ici que le pneumocoque de Fraenkel. J. B.

I. — W. STOELTZNER. Ein neuer Fall von epidemischer Cerebrospinalmeningitis; mit Nachweis des Meningococcus..... (*Berlin. klin. Woch.*, *19 avril 1897*).

II. — HUBER. Même sujet (*Ibid.*, *p. 237*, *15 mars 1897*).

III. — HEUBNER, FUERBRINGER. Même sujet (*Ibid.*, *p. 414*, *10 mai 1897*).

I. — Au sein du liquide trouble, retiré par ponction du canal vertébral lombaire dans un cas de méningite cérébro-spinale épidémique (qui a fini par évoluer favorablement) chez une fillette de 2 ans et demi, St. a constaté la présence du méningocoque intracellulaire de Weichselbaum et de Jaeger.

II. — Dans un cas de méningite cérébro-spinale, une première ponction lombaire fournit 40 centimètres cubes d'un liquide puriforme renfermant d'innombrables méningocoques intracellulaires. Deux jours plus tard, une nouvelle ponction ne donna issue qu'à quelques gouttes de liquide cérébro-rachidien dans lequel se trouvaient de rares méningocoques extracellulaires. Mort le 7e jour. La moelle épinière était recouverte d'un épais enduit purulent renfermant quelques méningocoques. Examen microscopique négatif pour le sang, les foyers de broncho-pneumonie et les enduits pleuraux; en revanche, les méningocoques existaient en abondance dans les sécrétions nasales.

III. — Depuis l'an dernier, *Heubner*, à l'aide de ponctions lombaires, a trouvé le méningocoque dans le liquide cérébro-spinal chez 5 malades atteints de méningite cérébrospinale épidémique. Dans deux cas, ce liquide, parfaitement clair, ne se distinguait en rien à l'œil nu de celui de la méningite tuberculeuse; ce qui restreint un peu la valeur diagnostique de la ponction lombaire.

D'autre part, Heubner a recherché la présence des méningocoques dans le liquide céphalo-rachidien de 7 enfants atteints de méningite tuberculeuse et de 7 autres atteints les uns d'hydrocéphalie chronique, d'autres de thrombose des sinus, d'œdème cérébral, etc. Chez 12 de ces malades, les recherches furent négatives, tandis que le méningocoque fut constaté dans deux cas de méningite tuberculeuse, au 11e ou au 20e jour de la maladie. Heubner ne s'en étonne pas, car il en a souvent décelé l'existence dans le mucus nasal d'enfants bien portants. L'un des deux petits tuberculeux ayant des méningocoques habitait d'ailleurs un quartier où sévissait la méningite cérébro-spinale épidémique.

En revanche, Fürbringer n'a jamais rencontré le méningocoque dans la méningite tuberculeuse et tient à son opinion que la constatation de

ce microbe dans le liquide cérébro-spinal a une réelle valeur diagnostique. J. B.

BABINSKI. De quelques mouvements associés du membre inférieur paralysé dans l'hémiplégie organique (*Soc. méd. des hôp., 30 juill. 1897*).

L'auteur décrit trois variétés de mouvements associés : 1° le mouvement d'extension de la jambe, quand le malade est assis, les jambes pendantes ; 2° le mouvement de flexion de la cuisse, le malade étant couché, et faisant un effort pour s'asseoir ; 3° l'association des deux mouvements. Ces mouvements ont été observés dans des cas d'hémiplégie organique ; ils ont toujours fait défaut dans les cas d'hémiplégie hystérique avérée ; c'est un signe de probabilité en faveur d'une hémiplégie organique.
H. L.

W. Aldren TURNER et Ashley W. MACKINSTOSH. Three cases of new growth with cavity formation in the spinal cord (*Brain, part LXXV, p. 300, 1896*).

Obs. 1. Jeune homme de 18 ans. Début, en février 1890, d'un affaiblissement progressif des membres supérieurs ; impotence fonctionnelle complète au bout de trois semaines. Graduellement, généralisation de la paralysie, avec atrophie des bras et parésie des membres inférieurs ; sueurs profuses ; saillie des apophyses épineuses des vertèbres dorsales supérieures et cervicales inférieurs. Sensibilité dissociée d'une façon très spéciale.

Il existe une thermo-anesthésie complète sur tout le dos. Aux membres supérieurs et sur la poitrine, une perversion de la sensibilité thoracique dans la région diaphragmatique, là, les impressions calorifiques sont perçues comme si c'était du froid que ressentait le malade. Aux membres inférieurs, hyperesthésie. Le sens du tact est conservé partout sauf au devant de la région sternale. Mort au bout de deux ans. A l'autopsie on trouve une tumeur gliomateuse avec formations cavitaires impliquant la commissure grise, la substance grise intermédiaire, les cornes postérieures et les 2/3 antérieurs des faisceaux postérieurs. Ce gliome paraît, sur certains points, subir la transformation myxomateuse ; sur d'autres points, il a été le siège d'hémorragies interstitielles.

Obs. 2. Homme de 23 ans, sans autre antécédent qu'une attaque d'influenza. Début, à la fin de février 1894, de douleurs interscapulaires avec irradiation dans les bras et fourmillements. Bientôt, développement graduel d'une paralysie des quatre membres, avec atrophie des bras et contracture des jambes. Hyperydrose de la face et des bras ; douleur prononcée au niveau de la partie supérieure de la région cervicale; sensibilité à la pression des vertèbres. Perte de la sensibilité à la région présternale et pectorale, caractérisée d'abord par de la thermo-anesthésie isolée, puis par de l'analgésie, finalement par de l'anesthésie vraie ; sensibilité peu altérée aux membres inférieurs. Mort au bout de un an à partir du début.

A l'autopsie, lésions très semblables à celles de l'observation précédente. Tumeur gliomateuse très volumineuse, ayant son maximum à la région cervicale moyenne, et s'étendant de la 4e cervicale à la 3e dorsale. Le point de départ de la tumeur siège dans la région centrale, les cornes postérieures et la partie antérieure des cordons postérieurs. Le gliome est transformé dans une partie de son étendue en une cavité centrale irrégulière, par suite de dégénérescence graisseuse et myxomateuse du tissu. L'auteur croit qu'il y a eu prolifération du tissu nerveux lui-même, et non pas seulement de la névroglie: ce serait une hétérotopie de la substance grise.

Obs. 3. Colporteur de 25 ans, atteint d'hémiparésie gauche et d'affaiblissement de la jambe droite, sans atrophie musculaire. Analgésie et thermoanesthésie du nez et des oreilles, perte de toutes les modalités de la sensibilité sur la moitié droite du corps, excepté la face, dissociation par plaques des sensibilités au contact, à la douleur et à la température du côté gauche du corps, à l'exception de la jambe, sueurs limitées au côté droit. Mort au bout de 4 ans.

A l'autopsie, tumeur gliomateuse et formation cavitaire dans la moelle, intéressant la partie antérieure des deux cordons postérieurs et la corne potserieure gauche ; dégénération prononcée du cordon pyramidal croisé, ainsi que du cordon descendant antéro-latéral gauche.

L'auteur tire de ce dernier cas des déductions intéressantes, relativement à la conduction des impressions sensitives.

Pour lui, les altérations de la zone radiculaire postérieure déterminent les troubles sensitifs segmentaires et dissociés ; la destruction de la corne postérieure et de la substance gélatineuse de Rolando, au contraire, amène l'anesthésie totale. H. R.

Alex. BRUCE et Robert MUIR. On a descending degeneration in the posterior columns in the lumbo-sacral region of the spinal cord (*Brain, part LXXV, p. 333, 1896*).

Les recherches de Bastian, de Kahler et Pick, de Schultze, de Tooth, Schmaus, Pfeiffer, Bruns, Gombault et Philippe, ont montré que dans les régions cervicale et dorsale de la moelle existe dans le cordon postéro-externe un faisceau dont la dégénération se fait de haut en bas : seulement on ignorait où s'arrêtait ce faisceau et quelle en était l'origine.

Bruce et Muir ont comblé en partie cette lacune. Dans un cas de fracture avec luxation de la 12e vertèbre dorsale, la moelle étant complètement écrasée sur l'étendue d'un pouce, la mort ne survint qu'au bout de cinq semaines. En durcissant la moelle par les procédés usuels et en l'étudiant par la méthode de Marchi, ils sont arrivés aux conclusions suivantes :

Il existe dans les cordons postérieurs de la région lombo-sacrée un faisceau nerveux descendant, qui paraît irrégulièrement diffusé dans la région lombaire supérieure.

Au niveau de la 3e racine lombaire, il longe le bord de la cloison médiane postérieure et la moitié interne des cordons postérieurs. Au niveau de la 4e lombaire, il se rejette en avant et se place sur les côtés de la cloison jusque vers la commissure postérieure. Plus bas il s'atténue en gardant sa forme triangulaire et ses rapports avec la cloison médiane.

Ses fibres se terminent en se jetant en avant dans la substance grise à la base de la corne postérieure du même côté.

Il semble probable que ce faisceau ne se continue pas directement avec les fibres des racines postérieures sacro-lombaires. Il reste inaltéré dans l'ataxie locomotrice et dans les cas de destruction de la queue de cheval. Il est également indépendant du faisceau cornu-commissural de Marie, qui, dans le fait de Bruce, n'avait subi aucune altération. H. R.

W. ERB. Zur Lehre von den Unfallserkrankungen des Ruckenmarkes; ueber Poliomyelitis anterior chronica nach Trauma (*Deut. Zeitschr. f. Nervenh., XI, p. 122*).

Dans une première observation, il s'agit d'une chute sur le siège; quinze jours plus tard survinrent des manifestations parétiques et atrophiques des membres inférieurs, qui prirent tout le caractère d'une poliomyélite antérieure chronique de la région lombaire; cette amyotrophie s'accompagnait de petites secousses fibrillaires, d'une diminution prononcée de l'excitabilité électrique avec réaction de dégénération et disparition des réflexes.

Dans une seconde observation le traumatisme consista en un tiraillement brusque et violent des deux bras qui fut immédiatement suivi de violentes douleurs, mais trois semaines plus tard le malade pouvait travailler comme auparavant, ce n'est que trois ans après que les symptômes parétiques prirent une réelle importance ainsi que l'amyotrophie qui envahit progressivement les muscles de la ceinture scapulaire et certains autres muscles des membres supérieurs; très légères secousses fibrillaires, réaction de dégénération.

De ces observations, Erb rapproche un certain nombre d'autres faits publiés par différents auteurs, dans lesquels une amyotrophie spinale ou myopathique est survenue à la suite d'un traumatisme. Il pense que dans tous ces cas il s'agit d'une commotion de la moelle, d'un ébranlement moléculaire des cellules nerveuses ayant pour conséquence des troubles dans la nutrition de celles-ci. PIERRE MARIE.

G. ROSSOLIMO. Zur Frage über die multiple Sklerose und Gliose (*Deut. Zeitsch. f. Nervenh., XI, p. 88*).

A l'occasion d'une observation de sclérose en plaques avec autopsie, dont la relation est donnée dans le plus grand détail, l'auteur entre dans des considérations sur la nature de la sclérose en plaques et accessoirement sur la circulation bulbo-protubérantielle. Pour lui, la sclérose en plaques, étant une affection qui évolue surtout dans la névroglie, présente de grandes analogies avec les processus caractérisés par une prolifération primitive de ce tissu, c'est-à-dire avec la gliose, la gliomatose, le gliome; entre ces différents processus et la sclérose en plaques il y a de nombreuses formes de transition, il décrit même certaines formes sous le nom de *scléro-gliose*. L'hyperplasie de névroglie prédomine dans le tissu qui entoure l'épendyme et les vaisseaux. Cette prolifération de la névroglie peut être consécutive à un traumatisme, à une infection, à une intoxication. Les dégénérations secondaires peuvent se montrer dans la sclérose en plaques, mais pour qu'elles se produisent il faut qu'il y ait summation des effets de plusieurs foyers à différentes hauteurs d'un même faisceau.

PIERRE MARIE.

Herbert BRAMWELL. Remarks on Friedreich's ataxia (*Brit. med. Journ., p. 896, 2 oct. 1897*).

Bramwell signale, dans une famille de névropathes entachés d'alcoolisme, trois cas d'ataxie de Friedreich.

a) L'aîné, bien portant dans son enfance, commence, vers l'âge de 6 ans, à se plaindre de douleurs dans les jambes, simultanément, incontinence nocturne d'urine, crises subites de diarrhée. L'année suivante, la marche devient

hésitante et irrégulière. Intelligence très vive, rêves et excitation cérébrale. A 13 ans, apparition de crises, hallucinations d'aspect hystériforme, qui se transforment en vrais accès d'épilepsie à 19 ans.

L'apparence est celle d'un ataxique à grands mouvements; les bras sont aussi maladroits que les jambes et il peut à peine manger seul; il a parfois des mouvements choréiformes involontaires. Les muscles sont bien développés, souvent douloureux: leur contractilité faradique est exagérée, ainsi que la contractilité galvanique. Suppression du réflexe rotulien, exagération de tous les autres réflexes. Mouvements choréiformes des muscles dans l'expression faciale, troubles de la parole qui est scandée, irrégulière. Sensibilité exaltée, pas de troubles sensoriels, sauf du nystagmus. Scoliose et pied creux.

b) La sœur, morte jeune, présente de 5 à 13 ans des douleurs fulgurantes, ainsi que des crises gastriques tout à fait comparables à celles du tabes: particularité rare dans l'ataxie de Friedreich. Elle est également sujette à une céphalée persistante intolérable et finit par des accidents méningés.

c) Le plus jeune frère a les mêmes symptômes à un degré plus fort. Ataxie excessive depuis l'âge de 10 ans. Scoliose et pied creux très prononcés, nystagmus et troubles de la parole; douleurs fulgurantes, crises de diarrhée. Impotence fonctionnelle complète et paraplégie avec troubles trophiques des membres à 20 ans. H. RENDU.

R. TAMBRONI et J. FINZI. Sopra un caso di tabe spasmodica famigliare (*Rivista sper. di fren.*, *XXIII*, *p. 270*).

Observation de deux frères atteints de tabes dorsal spasmodique; ces deux frères sont l'un le premier, l'autre le troisième de huit enfants. Les auteurs passent en revue les différents cas analogues déjà publiés et, après une discussion sur la nature de cette affection, énoncent les conclusions suivantes: le tabes spasmodique est rarement limité aux symptômes déterminés par la seule lésion primitive des faisceaux pyramidaux, mais cela ne suffit pas pour faire exclure l'existence de cette affection comme forme clinique spéciale. Ce syndrome se retrouve avec une fréquence relativement grande dans les maladies nerveuses héréditaires ou familiales, et, dans la grande majorité des cas, en connexion avec des manifestations morbides d'autre sorte. Les maladies nerveuses héréditaires ou familiales se rapprochent plus ou moins du tableau clinique des maladies nerveuses communes, mais sont seulement plus complexes et accumulent dans leur tableau morbide des syndromes pathologiques multiples; elles s'associent aux phénomènes somatiques et psychiques de la dégénération.

PIERRE MARIE.

H. EICHHORST. Ueber infantile und hereditäre multiple Sklerose (*Archiv f. path. Anat.*, *CXLVI*, *2*).

Eichhorst décrit l'observation d'une femme de 36 ans, atteinte d'une sclérose en plaques et ayant donné naissance, après le début de l'affection, à un enfant, qui manifesta plus tard tous les symptômes de la même maladie.

A l'autopsie de la mère, on trouva que la moelle épinière était parsemée de nombreuses plaques de sclérose à partir de la région cervicale jusqu'à la région lombaire. Les plaques occupaient les cordons antérieurs et latéraux, débutaient à la surface de la moelle et s'étendaient de là dans l'intérieur de

la substance blanche sur une épaisseur d'un demi-millimètre. Le nerf sciatique présentait des fibres nerveuses atrophiées.

Chez l'enfant (garçon de 8 ans), il existait des plaques de sclérose de deux sortes : les unes, visibles au microscope, se trouvèrent dans les cordons postérieurs et exclusivement dans la région cervicale ; les autres, visibles à l'œil nu, s'étendaient dans les cordons latéraux des segments thoracique et lombaire de la moelle.

Fibres nerveuses atrophiées dans les racines des nerfs rachidiens et dans e nerf sciatique.

ED. RETTERER.

V.-M. BECHTEREW. Sur quelques symptômes précoces peu connus de l'ataxie locomotrice (*Revue de psych., en russe, sept. 1897*).

B. a depuis longtemps montré que les réflexes cutanés, surtout le réflexe abdominal et épigastrique, sont conservés dans le tabes, voire même exagérés au début de cette affection. Ostankow a trouvé l'exagération des réflexes cutanés assez constante au début du tabes, pour la considérer comme un bon signe précoce. Bechterew conclut que l'exagération des réflexes cutanés jointe à l'abolition des réflexes tendineux (patellaire et du tendon d'Achille) constituent un bon signe diagnostique du tabes au début, peut-être même un signe différentiel avec le pseudotabes.

Le signe de Biernatzki (analgésie du nerf cubital), observé également dans la paralysie générale et chez les épileptiques, est fréquent dans le tabes confirmé, assez rare dans le tabes au début. L'analgésie du nerf péronier (Sarbo) n'est pas plus fréquente que celle du cubital. Bechterew ayant depuis longtemps montré qu'au lieu de percuter on peut comprimer les troncs nerveux avec les doigts, a appliqué cette technique aux autres nerfs et a vu que dans la demi-flexion de la jambe sur la cuisse, le nerf poplité est accessible à la compression dans le creux poplité. Or, l'analgésie du nerf poplité est un signe fréquent de l'ataxie et peut être plus précoce que le signe de Biernatzki.

Enfin, la compression avec les doigts des muscles des extrémités, surtout des gastro-cnémiens, à l'état de relâchement de ces muscles, est douloureuse chez la plupart des sujets atteints de diverses affections nerveuses et peu sensible ou indolore chez les ataxiques. C'est là un nouveau signe, parfois très précoce, du tabes, à ajouter aux précédents.

H. FRENKEL.

REDDLICH. Tabes dorsalis und chronische Bleivergiftung (*Wiener med. Woch. 1er et 8 mai 1897*).

Cliniquement, le fait sur lequel R. attire l'attention se présente comme un cas de tabes classique (inégalité des pupilles, atrophie du nerf optique, troubles de la sensibilité et de la motilité, paresthésies, anesthésies, ataxie, abolition des réflexes, troubles vésicaux, etc.) compliqué ainsi qu'il arrive souvent de troubles trophiques (atrophie des muscles de l'épaule).

Le malade qui était un homme de 45 ans, monteur en bronze, non alcoolique, fut observé pendant deux ans par R. sans que jamais aucun symptôme pouvant faire supposer une infection syphilitique antérieure ne se manifestât. Par contre, de fréquentes crises de coliques de plomb imposèrent le diagnostic d'intoxication saturnine.

Le malade, après avoir présenté pendant quelques semaines de l'œdème de la face et des extrémités, succombait subitement. A l'autopsie, on trouvait comme cause immédiate de la mort, de la dégénérescence graisseuse du cœur et des reins très rétractés. Les examens histologiques de la moelle furent minutieux ; ils donnèrent comme résultat le diagnostic anatomique : tabes dorsal classique compliqué de poliomyélite.

R. estime, et c'est ce qui fait l'intérêt de sa publication, qu'ici l'étiologie du tabes fut nettement saturnine. CART.

H. RENDU. Paralysie ascendante aiguë survenue au cours d'un traitement antirabique (*Bull. Acad. de méd., 15 juin 1897*).

Un homme mort de la rage fut autopsié à l'hôpital Necker. Au cours de l'autopsie le garçon d'amphithéâtre se piqua ; pas de cautérisation. Il subit le traitement antirabique à l'Institut Pasteur à partir du 22 mars. Le 1er avril, il ressentit des fourmillements, une courbature lombaire, de la fièvre ; puis paralysie incomplète des membres inférieurs et de la vessie le 3 ; le 4, anesthésie complète des membres inférieurs avec paralysie incomplète des membres supérieurs et des sphincters ; le 6, tachycardie et dyspnée ; le 7, amélioration et enfin guérison complète. Le traitement antirabique avait été continué pendant toute la maladie.

Rendu croit à une myélite infectieuse à type de paralysie ascendante aiguë et due aux toxines du virus antirabique. Il est à remarquer que les accidents, malgré la continuation du traitement, ont rétrocédé au lieu de s'accentuer.

Le malade, par suite de sa profession, était peut-être dans un état de réceptivité qui a rendu les toxines, généralement inoffensives, plus nocives pour lui.

Roux cite 2 cas analogues et dit que le traitement antirabique ne peut être incriminé.

Laveran croit qu'il s'agit d'un cas de rage abortive. LEFLAIVE.

C. GROS. Sur des accidents médullaires, à forme de myélite aiguë, survenus au cours d'un traitement antirabique (*Bull. Acad. de méd., 29 juin 1897*).

Un homme de 28 ans, ni hystérique, ni alcoolique, ni syphilitique, eut la main léchée par un chien dont la rage fut au moins douteuse. Néanmoins il se soumit à un traitement antirabique (Institut Pasteur d'Alger).

A partir du cinquième jour il présenta progressivement des troubles paralytiques des membres inférieurs, des troubles des sphincters, un malaise général avec fièvre et une éruption scarlatiniforme. Il entra à l'hôpital le dix-huitième jour du traitement. Ce dernier fut cessé et on institua un traitement contre la myélite lombaire (sangsues, grands bains, ergot de seigle). L'amélioration se fit peu à peu ; un mois après le début des accidents, le malade pouvait uriner seul ; dix jours plus tard, il commençait à marcher et au bout de quelques semaines il quittait l'hôpital entièrement guéri.

Revu au bout de six mois, il était bien portant et ne présentait aucun stigmate d'hystérie. LEFLAIVE.

AUSSET. Des hémorragies dans la neurasthénie (*Revue de méd., sept. 1897*).

L'auteur a réuni sept observations dont trois personnelles d'hématé-

mèses au cours de la neurasthénie. Ces hémorragies sont tout à fait comparables à celles des hystériques ; comme elles, elles sont constituées par le rejet d'un liquide rouge visqueux non aéré, n'ayant que très peu de tendance à la coagulation, renfermant une petite quantité d'acide chlorhydrique libre, indice qui permet d'affirmer son origine stomacale, et contenant en outre de la salive déglutie antérieurement. Parfois uniques, elles se reproduisent le plus souvent à des intervalles plus ou moins éloignés. Chacune d'elles correspond à un paroxysme neurasthénique ; mais le calme ne tarde pas à se produire et le malade se sent alors soulagé. Le traitement ne présente rien de spécial. Il devra surtout être celui de la névrose. C. GIRAUDEAU.

LAMACQ. A propos de quelques cas de narcolepsie (*Revue de méd., sept. 1897*).

Ce besoin de sommeil impérieux, fréquent, irrésistible qui constitue la narcolepsie ne doit pas être envisagé comme une maladie distincte, ainsi que le veut Gélineau. C'est un symptôme et rien de plus. Ses formes, son intensité varient depuis le sommeil profond, mais à durée très limitée, jusqu'à la somnolence continuelle, avec une foule d'états intermédiaires. Il n'y a pas de narcolepsie hystérique ni épileptique. L'auteur pense que la narcolepsie est toujours symptomatique d'une affection locale ou générale, entre autres : obésité, gravelle, dyspepsie gastrique ou intestinale, affections cardiaques, phosphaturie, maladies du foie, diabète, albuminurie, paralysie générale, tumeurs cérébrales, empyème du sinus, coliques hépatiques, etc.

Aussi, le pronostic de l'affection accompagnée de narcolepsie est-il quelquefois très sombre. Seule l'affection causale doit être traitée.

C. GIRAUDEAU.

BRAULT. Paralysies ascendantes streptococciques à rétrocession (*Bull. Acad. de méd., 10 août 1897*).

Dans les diverses affections à streptocoques, il n'est pas rare de rencontrer des paralysies à forme aiguë du type Landry, ne guérissant pas ; il est moins fréquent d'observer des paralysies ascendantes subaiguës qui guérissent en ne laissant que quelques légers vestiges.

A la suite d'une excoriation du pied, il est survenu de la fièvre, des étourdissements, des fourmillements d'abord des membres inférieurs, puis des supérieurs. La phase ascendante a duré six semaines, la période d'état deux semaines (atrophie musculaire des membres, douleurs à la pression, abolition de la contractilité faractique ; diplopie et inégalité pupillaire, abaissement de la commissure labiale et déviation de la langue) ; enfin, il y a eu guérison rapide.

Dans deux autres cas du même genre, les nerfs craniens ont été respectés. LEFLAIVE.

G.-L. WALTON. The nature and treatment of spasmodic torticollis (*The Journ. of nerv and mental dis., p. 603, 1897*).

Pour Walton, le torticolis est une affection des centres corticaux

rotateurs de la tête, mais une affection sans lésion organique grossière. Ce n'est pas une maladie mentale comme le pensent quelques auteurs. Seul le traitement chirurgical donne des résultats ; ce traitement chirurgical consistera dans des sections musculaires soit seules, soit combinées avec la section du spinal.

Dercum pense qu'il s'agit plutôt d'une affection cérébro-spinale comme pour certaines crampes professionnelles.

Dana reconnaît plusieurs formes de torticolis, il préconise surtout le repos et au besoin le massage.

Mills, comme Dercum, recommande l'administration du gelsemium.

PIERRE MARIE.

KERSCHENSTEINER. Endocardite pneumonique des valvules de l'artère pulmonaire (*Münch. med. Woch., p. 898, 20 juill. 1897*).

Jeune homme de 18 ans atteint de pneumonie le 31 décembre 1895, mort le 16 janvier après avoir eu des accidents fébriles, des hémorragies pulmonaires et à l'artère pulmonaire un souffle systolique, léger, circonscrit.

A l'autopsie : Pneumonie fibrineuse du poumon droit, lepto-méningite purulente, encéphalite hémorragique, endocardite polypeuse des valvules de l'artère pulmonaire. La masse endocarditique est formée par le dépôt de masses thrombosiques sur une nécrose du tissu de la valvule, causée par le dépôt massif de mêmes bactéries que celles trouvées dans le poumon.

C. LUZET.

ROCHER. Terminaisons de la sténose congénitale de l'artère pulmonaire (*Thèse de Bordeaux, 1897*).

En dehors des terminaisons connues et fréquentes : tuberculose et affections pulmonaires diverses, asystolie, syncope, l'auteur signale des terminaisons plus rares et moins connues, telles que : les convulsions de cause indéterminée, une dénutrition, une sorte de cachexie et aussi des hémorragies diverses.

Ces hémorragies qui peuvent se faire en divers endroits : hémoptysies (même sans tuberculose), épistaxis, hémorragies gingivales, etc., s'expliquent parfois par la congestion liée au mauvais fonctionnement du cœur, mais elles peuvent apparaître en dehors de toute congestion et sont liées à un état particulier du sang à une sorte d'hémophilie. A. DONNADIEU.

Frédéric CADÉOT. Contribution à l'étude de la dyspnée au début de la péricardite rhumatismale (*Thèse de Bordeaux, 1897*).

La dyspnée, symptôme très connu de l'épanchement péricardique, peut exister dès le début de la péricardite. Elle pourrait même, d'après l'auteur, précéder les signes stéthoscopiques ; d'où l'importance diagnostique de ce phénomène sur lequel il insiste.

Elle peut être de cause réflexe (pneumogastrique, bulbe, phrénique) ou due soit à l'irritation directe du phrénique, soit à l'excitation directe du bulbe sous l'influence du rhumatisme. Elle peut être associée à des douleurs variées qui contribuent à la produire.

Quoi qu'il en soit, cette dyspnée ne dure guère que deux à trois jours. Si elle dure plus longtemps, c'est que la péricardite s'est compliquée d'un épanchement. A. DONNADIEU.

PAWINSKI. Ueber den Einfluss der trockenen Pericarditis.... (De l'influence de la péricardite sèche sur le développement de la sténocardie et de l'asthme cardiaque) (*Deut. Arch. f. klin. Med., LVIII, p. 565*).

L'importance de l'inflammation du péricarde et de la névrite du plexus cardiaque est considérable, suivant l'auteur, dans la pathogénie des différentes formes de sténocardie et d'asthme cardiaque. Dans les cas qu'il rapporte, la péricardite sèche est principalement incriminée comme cause fréquente d'angine de poitrine. L'auteur nie que toutes les sténocardies puissent être rapportées à l'altération des coronaires et à l'anémie du myocarde. C. LUZET.

REYT. Les gangrènes d'origine veineuse (*Thèse de Paris, 1897*).

Parmi les observations publiées, l'auteur ne considère comme irréprochables que celle de Brogniart (*Thèse* de Despaignet, 1859) et celle de Galliard (*R. S. M.*, XLIV, 553). Dans les autres, le rôle des maladies infectieuses paraît évident; ou bien l'intégrité des artères n'est pas suffisamment établie.

Reyt a observé un garçon de 18 ans, phtisique au 3e degré, accusant, le 28 septembre 1896, de vives douleurs aux orteils du côté droit. L'œdème des orteils n'apparaît que le 3 octobre, mais il gagne bientôt la racine du membre; il atteint, le 10 octobre, l'arcade crurale.

Le 19 octobre, tuméfaction énorme du membre; peau de la cuisse striée de fissures rougeâtres. Apyrexie.

Le 22, teinte bleuâtre du membre. L'œdème gagne la moitié droite du tronc jusqu'à l'aisselle. Douleurs vives au niveau de la jambe.

Le 26, placard gangréneux au dos du pied droit. Suppression des battements de l'artère fémorale. P. 132.

Le 27, la longueur du placard est de 13 centimètres; on en trouve d'autres plus petits. Veines dilatées, arborisations brunâtres sur la jambe. Pas de douleurs. Œdème du pied et de la jambe gauches.

Le 28, sérosité sanguinolente fétide, s'écoulant de la plaque gangréneuse; marbrures livides recouvrant les deux tiers inférieurs de la face externe de la jambe. Hydarthrose du genou. Mort à 4 heures du soir.

Autopsie. — La gangrène occupe le bord externe et le dos du pied droit, le cou de pied, le côté externe de la jambe jusqu'à 5 travers de doigt au-dessus des malléoles.

Dans la veine cave inférieure, commence un caillot qui se prolonge dans toutes les veines profondes de la cuisse, de la jambe et du pied droits. Dans les veines iliaques, le caillot est noir, non adhérent. Dans les veines fémorales superficielle et poplitée, il est mou, peu adhérent. Dans les saphènes et dans la fémorale profonde, il est plus dur, adhérent; au pied, quelques veines sont transformées en cordons résistants.

Le caillot le plus ancien est celui de l'une des pédieuses; il est envahi dans toute son épaisseur par les cellules de l'endoveine; il est pénétré par un bourgeon venant de la paroi. On trouve d'ailleurs de nombreux foyers phlébitiques, avec des caillots organisés, dans les veines du membre.

Les artères sont absolument normales. L. GALLIARD.

STUBBERT. Comparative diagnosis in pulmonary tuberculosis by the Roentgen Rays (*Med. Record, 22 mai 1897*).

S. a soumis à l'investigation des rayons Roentgen 63 cas de tuberculose pulmonaire, les étudiant du reste cliniquement d'autre part, de telle sorte que de cette étude parallèle il estime pouvoir déjà tirer les quelques conclusions que voici : une ombre légère indique le début d'une infiltration tuberculeuse et peut être ou non accompagnée à la percussion ; nne obscurité nettement prononcée indique une consolidation dont le volume est en relation directe avec la densité comparative de l'ombre jetée sur le fluoroscope ; des zones circonscrites à reflet brillant, entourées d'un anneau étroit d'ombre épaisse ou localisées dans le milieu d'une aire d'obscurité dense, indiquent des cavités ; une obscurité très dense, spécialement localisée dans la région inférieure du thorax, est le signe soit d'une pleurésie ancienne à fausses membranes, soit de tissu pulmonaire consolidé. CART.

A. DELÉARDE. Bronchopneumonie à tétragènes purs (*Gaz. hebd. Paris, 8 juill. 1897*).

Un homme de 49 ans fut pris d'une bronchopneumonie accompagnée de fièvre modérée (38°,5), d'oppression et d'expectoration abondante de crachats grisâtres, très gluants, adhérents au vase, non aérés. L'examen bactériologique fait à cinq reprises a permis de constater chaque fois des tétragènes à l'état de pureté presque absolue, sans pneumocoques, ni streptocoques, ni bacille tuberculeux. La guérison se fit en un mois et les tétragènes disparurent presque des crachats.

Les crachats dilués furent inoculés à des animaux qui moururent plus ou moins vite de septicémie tétragénique. LEFLAIVE.

H. HUCHARD. L'œdème aigu du poumon (*Bull. Acad. de méd., 27 avril 1897*).

Au cours des affections aortiques et périaortiques il survient parfois des accidents d'œdème aigu du poumon qui peuvent revêtir diverses formes : 1° forme suraiguë, à début presque subit, à marche foudroyante, se terminant en quelques minutes ; 2° forme aiguë, accompagnée comme la précédente d'expectoration caractéristique ; 3° forme broncho-plégique d'emblée, sans expectoration.

Les accidents débutent par une dyspnée intense ou progressive, avec angoisse respiratoire extrême, toux quinteuse incessante ; les poumons de la base au sommet sont envahis par une pluie de râles crépitants fins ; expectoration quelquefois très abondante, aérée, limpide, albumineuse, parfois rosée. Pas de matité, température plutôt abaissée. Mort par asphyxie ou guérison ; souvent terminaison par asystolie avec expectoration rare et œdème rapide des jambes.

Voici la filiation pathogénique de ces accidents : troubles de l'innervation cardio-pulmonaire par périaortite; augmentation considérable de la tension vasculaire dans la petite circulation; insuffisance aiguë ou rapide du ventricule droit. A ces éléments mécaniques (hypertension pulmonaire) et nerveux (périaortite), il s'ajoute souvent un élément toxique (imperméabilité rénale).

Le traitement consiste dans une large saignée, application de ventouses sèches ou scarifiées, injections de caféine ou d'huile camphrée ; injections de strychnine ; régime lacté et emploi de la théobromine (1gr,50 à 3 grammes par jour). La médication iodurée est contre-indiquée. LEFLAIVE.

PACKARD et STEELE. Sarcoma of the lung, etc. (Sarcome du poumon avec symptomatologie de la maladie d'Addison, par suite de l'envahissement des capsules surrénales) (*Med. News, p. 329, 11 sept. 1897*).

Homme de 33 ans : se plaignait de toux et d'hémoptysie depuis décembre 1895. En février 1896, il commença à souffrir de douleurs violentes dans le genou droit, qui persistèrent jusqu'à la mort. En octobre 1896 : respiration courte, pénible, avec toux fréquente. Dans le côté droit du cou quelques ganglions hypertrophiés. La peau du tronc était très brune. Le poumon droit montre l'absence de bruits respiratoires, excepté au niveau du hile, où la respiration bronchique est distincte avec de nombreux râles humides; les crachats étaient épais, blanchâtres, striés de sang. Les signes thoraciques persistèrent jusqu'à la mort (13 novembre 1896), tandis que la couleur de la peau devenait plus foncée encore.

L'autopsie révéla une dégénérescence sarcomateuse de plusieurs organes, dont la marche semble avoir été celle-ci : envahissement primitif du périoste du fémur, puis tumeurs secondaires du poumon avec infiltration très étendue de l'organe ; enfin, noyaux secondaires dans chacune des deux capsules surrénales, dans la tête du pancréas, le rein gauche, la rate et le foie.

P. MAUBRAC.

FINLEY et BRADLEY. A case of primary sarcoma of the pleura (*The Practitioner août 1897*).

Homme âgé de 67 ans, se plaignant depuis 3 ou 4 semaines de douleurs légères au côté gauche, dyspnéique. Côté gauche immobilisé, fournissant de la matité dans toute la hauteur ; pas de vibrations vocales, pas de respiration. Cœur refoulé à droite du sternum. La ponction dans le 6e espace donne 92 onces de sérosité sanguinolente. Le liquide se reproduit de telle sorte qu'en 3 semaines on est obligé de ponctionner six fois. Jamais de tuméfaction ganglionnaire.

A l'autopsie, le cœur est à droite du sternum. La plèvre gauche contient 105 onces de sérosité sanguinolente. Les deux feuillets sont épaissis et présentent des nodules blancs ou rougeâtres, dont le diamètre varie de 8 à 60 millimètres. Le poumon gauche est atélectasié. Un seul ganglion bronchique présente de l'infiltration sarcomateuse. Partout ailleurs le sarcome fait absolument défaut.

Au microscope, grandes cellules multinucléaires et petites cellules arrondies ou ovales ; sarcome myéloïde. L. GALLIARD.

EINHORN. Contribution to our knowledge of ischochymia (*Med. Record, 17 juin 1897*).

Partant de cette idée que dans la dilatation stomacale, la stagnation des aliments est le symptôme essentiel, le volume anormal de l'organe n'ayant plus alors qu'une importance secondaire, E. propose de substi-

tuer le mot ischochymie (ἴσχω, je retiens) à ceux de gastrectasie, d'insuffisance gastrique (Boas), etc.

Cliniquement, il classe comme suit les faits d'ischochymie qu'il a observés depuis quelques années :

1° Cas d'ischochymie soumis à une opération :

a) Sténose bénigne du pylore ;

b) Sténose maligne du pylore ;

2° Cas d'ischochymie traités par les palliatifs :

a) Sténose bénigne du pylore ;

b) Sténose duodénale ;

c) Atonie pure de l'estomac ;

d) Sténose maligne du pylore,

classification d'où ressortent au premier coup d'œil les principes de l'auteur sur la pathogénie tout aussi bien que sur le traitement de l'ischochymie, ce qui peut se traduire dans les propositions suivantes : dans la grande majorité des troubles prolongés dans le transport du chyme de l'estomac dans l'intestin, il existe un rétrécissement du pylore ; le plus précoce et aussi le plus important des signes de la sténose pylorique est l'ischochymie ; l'ischochymie causée par un néoplasme malin du pylore nécessite toujours une opération (gastro-entérostomie, pylorectomie) ; dans les cas d'ischochymie dépendant d'une sténose pylorique bénigne ou d'un ulcère dans le voisinage de l'orifice ou du relâchement de la musculature de l'estomac, on s'efforcera d'y remédier par des mesures palliatives qui, si elles sont inutiles, seront alors suivies d'une intervention pyloroplastique ou d'une gastro-entérostomie. CART.

HEMMETER et Delano AMES. A case of phlegmonous gastritis following ulcus carcinomatosum of the pylorus (*Med. Record, 15 sept. 1897*).

Le fait concerne un homme de race nègre, âgé de 49 ans, atteint d'un épithéliome du pylore, qui succombait rapidement à la suite d'une perforation de l'estomac. A l'autopsie, outre la néoformation diagnostiquée, on trouvait une gastrite phlegmoneuse diffuse sous forme d'abcès miliaires disséminés dans les couches muqueuses et musculaires. H. et A., au cours de cette observation longuement étudiée, font remarquer que cet état suppuratif aurait pu être soupçonné, sinon diagnostiqué, du vivant de l'individu, car on avait à maintes reprises signalé dans les hématémèses la présence de globules de pus et de cocci pyogènes. CART.

CHAUFFARD. Sténose pylorique et vaste dilatation de l'estomac; application au diagnostic de l'éclairage électrique intrastomacal (*Soc. méd. des hôp., 9 juill. 1897*).

Chez un malade atteint de sténose pylorique avec vaste dilatation de l'estomac et présentant les signes classiques, Chauffard introduit par le siphon 3 litres d'eau, puis une petite lampe électrique montée à l'extrémité de la sonde stomacale en caoutchouc flexible. On voit l'estomac se dessiner en rouge ; on distingue les courbures, les régions, les orifices, on constate l'absence de tumeur. H. L.

I. — HAYEM. Des sténoses incomplètes pyloriques et sous-pyloriques (*Bull. Acad. de méd., 18 mai 1897*).

II. — A. ROBIN. Idem (*Ibid., 25 mai 1898*).

III. — J.-C. ROUX. Le syndrome de Reichmann (*Gaz. des hôp., 27 et 29 mai 1897*).

I. — La gastrosuccorrhée continue, ou maladie de Reichmann, est liée à l'existence d'un obstacle mécanique à l'évacuation de l'estomac siégeant au voisinage de l'orifice pylorique. Tantôt cet obstacle (ulcère, cancer, etc.) siège au pylore ou sur le duodénum, au-dessus de l'ampoule de Vater; alors le liquide stomacal examiné dix ou douze heures après la dernière ingestion d'aliments est abondant et souillé de débris grossiers d'aliments bien reconnaissables. Tantôt il siège sur le duodénum au-dessous de l'ampoule de Vater (rétrécissement sous-pylorique); le liquide résiduel est peu abondant, presque toujours coloré par de la bile et les débris alimentaires sont assez ténus pour n'être reconnaissables qu'au microscope.

Quand la sténose n'est pas cancéreuse, le liquide contient généralement de l'acide chlorhydrique libre; si elle est cancéreuse, malgré une acidité élevée, l'acide chlorhydrique libre fait défaut.

Le traitement médical consiste dans un régime très sévère et dans le nettoyage fréquent de l'estomac. Il soulage, mais ne guérit pas. Il faut recourir au traitement chirurgical, pour lequel il est inutile de se presser. L'opération de choix paraît être la gastro-entérostomie.

II. — L'ectasie gastrique est bien due à un obstacle pylorique, mais cet obstacle est le plus souvent fonctionnel; c'est un spasme et, plus tard, une contraction du pylore. L'hypersécrétion chlorhydrique est primitive, et le spasme secondaire.

Ces accidents guérissent souvent par le traitement médical. Ce n'est qu'après qu'il aura échoué que l'on aura recours au traitement chirurgical.

III. — Le syndrome de Reichmann se rencontre avec une dilatation gastrique passagère ou définitive, suivant qu'il y a ou non des lésions matérielles de l'estomac et surtout du pylore. Le plus souvent, on doit admettre une excitabilité sécrétoire exagérée de la muqueuse stomacale; avant l'apparition du syndrome les malades étaient des hyperchlorhydriques. La stase cependant joue un rôle très important dans l'enchaînement des symptômes, car il suffit de la faire disparaître pour amener une amélioration considérable et même la guérison. LEFLAIVE.

I. — BRECHOTEAU. Du phlegmon péri-ombilical et des fistules gastro-cutanées dans le cancer de l'estomac (*Thèse de Paris, 1896*).

II. — TOURNIER. De la périgastrite antérieure suppurée dans le canter d'estomac, rôle étiologique d'un ulcère précédant le cancer (*Lyon méd., 17 janv. 1897*).

III. — GANGOLPHE. Des phlegmons abdominaux consécutifs aux tumeurs cancéreuses de l'intestin (*Gaz. méd. Paris, 9 oct. 1897*).

I. — B. étudie dans ce travail les inflammations phlegmoneuses suc-

cédant aux néoplasmes de l'estomac et publie, avec faits inédits, les observations antérieures.

II. — T. relate l'observation d'une femme de 41 ans, entrée à l'hôpital pour des troubles gastriques graves dont l'origine remonte à dix ans. Douleurs paroxysmales, surtout nocturnes, constipation, amaigrissement, pas d'adénopathies; empâtement profond de l'hypochondre gauche. On diagnostique ulcère de l'estomac avec périgastrite.

Fièvre persistante, hématémèse quinze jours avant la mort.

A l'autopsie, vaste ulcère de l'estomac, allant du cardia au pylore, périgastrite avec adhérences de l'estomac à la paroi, et suppuration par places. La majeure partie de l'ulcération est creusée en plein tissu hépatique.

A la surface de l'ulcère, masses bourgeonnantes et masses ganglionnaires autour du pylore. Deux noyaux de néoplasme secondaire dans le foie.

T. donne l'indication bibliographique des faits de ce genre déjà publiés et conclut que, dans le cancer de l'estomac, la périgastrite antérieure suppurée, affectant la forme d'un phlegmon périombilical est une complication rare qui s'observe presque exclusivement quand le cancer s'est développé sur un ulcère.

Dans cette forme de cancer, les perforations de l'estomac sont plus fréquentes et le cancer a plus de tendance à s'étendre aux organes voisins.

A. C.

III. — Les phlegmons abdominaux déterminés par les néoplasmes de l'intestin proprement dit sont relativement rares. Personnellement, G. en a observé 3 cas : femme de 55 ans, cancer du côlon, suppuration périnéoplasique ; homme de 38 ans, néoplasme du gros intestin, phlegmon et perforation vésicale ; homme de 50 ans, néoplasme malin de l'S iliaque, phlegmon aigu, perforation vésicale.

L'évolution du néoplasme est toujours fâcheusement influencée par l'infection surajoutée dont le diagnostic est parfois entouré de grandes difficultés. Cependant un diagnostic différentiel serait utile quand, par exemple, au lieu du néoplasme cancéreux soupçonné et peut-être même diagnostiqué à tort, il s'agirait en réalité d'une actinomycose iléo-cæcale.

CART.

ROLLESTON. A case of latent ulcer of the pylorus with jaundice (*The Practitioner, nov. 1897*).

Homme de 27 ans, souffrant et vomissant depuis seulement six semaines, pas d'hématémèse. Ictère depuis 15 jours. On constate un prolongement linguiforme du lobe droit du foie ; au-dessus de l'ombilic une tumeur, qu'on considère comme un cancer du pylore ; à gauche de cette tumeur une masse allongée transversalement qui correspond à la grande courbure de l'estomac. L'estomac est très dilaté. Mort au bout de dix jours.

A l'autopsie, adhérences du côlon transverse et de l'intestin grêle au pylore. Le pylore est rétréci, dur et résistant ; en arrière il présente une cicatrice d'ulcère avec des bords saillants et inégaux ; pas d'épithélioma. Le pylore est intimement adhérent au pancréas, dont la tête est tuméfiée au point de simuler une tumeur. La vésicule biliaire est dilatée, mais la bile passe dans le duodénum ; pas de lithiase, pas d'abcès, pas de néoplasme hépatique.

En résumé, ulcère latent du pylore avec péripylorite fibreuse causant la tuméfaction de la tête du pancréas et le rétrécissement du cholédoque, simulant le cancer. Intégrité de la veine porte (absence d'ascite). L. GALLIARD.

HEINEKE. Zur Kenntniss der primären..... (De la cirrhose biliaire primitive) (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat.*, *XXII*, *p. 259*).

A côté de ces formes d'hépatite interstitielle dues à la stase biliaire par calculs, tumeurs ou compressions, et qui sont des cirrhoses biliaires secondaires, il existe une forme primitive, avec intégrité complète de la lumière des canaux biliaires. Cette cirrhose biliaire primitive, dont le type clinique est celui de Hanot, est caractérisée par l'hypertrophie du foie, avec ictère intense, tuméfaction splénique et absence d'ascite. Anatomiquement, elle est due à une angiocholite avec périangiocholite, c'est-à-dire à une inflammation chronique des canaux biliaires de moyen et de petit calibre avec destruction de leur épithélium et prolifération excessive du tissu conjonctif qui les entoure. Le tissu conjonctif néoformé est tout d'abord disposé en couches concentriques autour des canaux biliaires et il s'étend de là fort irrégulièrement dans l'intérieur des lobules. La cirrhose est hypertrophique parce que le parenchyme reste intact ou prolifère, par suite, le tissu conjonctif ne le remplace pas ; cependant il peut se produire secondairement une dégénérescence du parenchyme avec atrophie. La marche fébrile de la maladie rend vraisemblable que la cause de l'angiocholite chronique réside dans la pénétration de germes pathogènes. L'alcool ne joue fixement aucun rôle dans le développement de la cirrhose biliaire primitive. C. LUZET.

I. — CHAUFFARD. Formes cliniques des cirrhoses du foie (*Cong. de Moscou*, *Méd. moderne*, *sept. 1897*).

II. — GILBERT et SURMONT. Même sujet (*Ibid.*).

I. —La classification doit être en même temps anatomique et étiologique. Il faut tenir compte aussi de l'évolution aiguë, subaiguë ou chronique.

Les agents infectieux ou toxiques capables de provoquer la cirrhose peuvent déterminer aussi l'inflammation ou la dégénération des cellules hépatiques ; la cirrhose semble constituer, au moins au début, une réaction protectrice.

Les poisons qui détruisent rapidement les cellules, comme le phosphore, sont de mauvais cirrhogènes. Le poison syphilitique agit, tantôt sur la cellule (hépatite, ictère grave secondaire), tantôt sur le tissu conjonctif: chez le fœtus, infection diffuse, uniforme et massive par l'intermédiaire de la veine ombilicale; chez l'adulte, dissémination tardive et irrégulière des germes, probablement par les réseaux artériels. La cirrhose résulte d'une virulence relativement atténuée de la syphilis. Les expérimentations ont montré que les toxines (diphtéritique, pyocyanique, colibacillaire, etc.), agissant lentement produisaient la cirrhose.

L'action prolongée de l'alcool ne provoque, chez les animaux que de la stéatose et des dégénérescences cellulaires. Peut-être ne s'effectue-t-elle pour déterminer la cirrhose que par l'intermédiaire de lésions de l'estomac et de l'intestin.

Si les cirrhoses veineuses résultent de l'action lente des poisons exogènes ou endogènes, la pathogénie des cirrhoses biliaires est beaucoup

plus obscure. Cependant la cirrhose d'Hanot paraît être d'origine infectieuse.

Dans les cirrhoses, le diagnostic se tire de l'état du tissu conjonctif, le pronostic de l'état des cellules (Hanot).

La gravité du pronostic est atténuée par les régénérations qui peuvent survenir dans les lésions les plus diverses. L'hypertrophie compensatrice est un processus général ; on l'a démontré même dans le cancer et dans l'atrophie jaune aiguë. Elle est insuffisante dans la cirrhose de Laënnec ; elle peut être suffisante dans la cirrhose alcoolique hypertrophique.

II. — On peut distinguer deux catégories de cirrhoses :

A. *Cirrhoses simples.* Un premier groupe est formé ici par les cirrhoses toxiques : auto-toxiques, hétéro-toxiques, saturnines, alcooliques (cirrhose atrophique, cirrhose hypertrophique d'Hanot et Gilbert). Au second groupe appartiennent les cirrhoses infectieuses (syphilitique, tuberculeuse) parmi lesquelles on doit placer la cirrhose biliaire de Hanot et la cirrhose par obstruction, cette dernière étant due aux germes venus de l'intestin et spécialement au coli-bacille. Le troisième groupe, celui des cirrhoses mécaniques, ne contient guère que la cirrhose cardiaque.

B. *Cirrhoses compliquées.* La cirrhose graisseuse est caractérisée par la dégénérescence graisseuse des cellules s'ajoutant aux lésions scléreuses ; dans les formes où ces dernières lésions n'existent qu'à l'état de traces (Hutinel et Sabourin) le mot cirrhose ne convient pas, il vaut mieux dire : hépatites graisseuses. Les cirrhoses pigmentaires sont liées au paludisme, à l'alcoolisme, au diabète. Les cirrhoses avec hépatite parenchymateuse ne sont guère connues qu'au point de vue anatomo-pathologique. Les cirrhoses avec adéno-épithéliome doivent être distinguées du carcinome hépatique vulgaire. L. GALLIARD.

SICARD et REMLINGER. Attitude spéciale du corps au cours de la cirrhose hypertrophique biliaire (Maladie de Hanot) (*Revue de méd., sept. 1897*).

Chez un soldat de 23 ans, alcoolique et atteint depuis trois ou quatre mois de cirrhose hypertrophique biliaire, Siccard et Remlinger ont constaté l'existence d'une attitude toute spéciale qu'ils décrivent ainsi :

Lorsque le malade est dans la station debout, une chose frappe de suite, c'est un abaissement très marqué de l'épaule droite et une procidence de tout le membre supérieur droit. Si on examine le malade à nu, on constate que les muscles de l'épaule et du bras ont leur relief normal. Le squelette ne présente aucune particularité. La colonne vertébrale a ses courbures normales. Il n'existe aucune lésion anatomique, mais un simple trouble fonctionnel. En appliquant le malade contre un mur, on constate que le moignon de l'épaule droite est à 5 centimètres au-dessous du moignon gauche. La pointe de l'omoplate droite descend à 4 centimètres au-dessous de la pointe de l'oplomate gauche. L'extrémité du médius droit descend également à 4 centimètres au-dessous de l'extrémité du médius gauche.

Cet abaissement n'est pas limité au membre supérieur; on le trouve, quoique plus atténué, sur la moitié droite du thorax et de l'abdomen à la racine du membre inférieur droit. L'encoche qui existe normalement entre la hanche et la paroi latérale de l'abdomen, très marquée à gauche, est effacée à droite. Le pli fessier droit est plus bas que le gauche de 2 centimètres. C. GIRAUDEAU.

A. GOUGET. Insuffisance hépatique et névrite périphérique (*Revue de méd. juill. 1897*).

Chez une femme de 33 ans, atteinte de cirrhose hypertrophique graisseuse, on vit apparaître vers la fin de la maladie des troubles parétiques des quatre membres, frappant surtout les muscles extenseurs des mains et des pieds. Ces troubles allèrent en augmentant jusqu'à la mort qui arriva une dizaine de jours environ après leur apparition.

Bien que cette femme fût une alcoolique avérée, Gouget croit que dans ce cas l'alcool a joué tout au plus le rôle de cause prédisposante, mais non pas celui de cause déterminante.

Les raisons qu'il donne à l'appui de son opinion sont les suivantes : la paralysie portait sur les quatre membres et non pas tout d'abord sur les membres inférieurs seuls comme c'est la règle, la sensibilité était presque intacte à l'inverse de ce qui a lieu d'habitude dans les paralysies alcooliques. Les urines étaient très toxiques, l'auteur croit que les substances toxiques non détruites par le foie ont pu être capables de produire ces troubles de la motilité.

Ajoutons que l'autopsie a permis de constater histologiquement l'existence de lésions inflammatoires des nerfs périphériques. C. GIRAUDEAU.

V. DUNGERN. De la cholécystite typhique (*Münch. med. Woch., p. 699, 29 juin 1897*).

Femme de 46 ans. Eut en 1884 (il y a 14 ans 1/2) une fièvre typhoïde de quatre semaines de durée, pendant laquelle on ne remarqua rien du côté des organes biliaires. En 1887 (5 ans après la fièvre typhoïde) à la suite d'un avortement, premiers accès cardialgiques sans ictère, jusqu'à fin 1887. Nouvelles coliques hépatiques en 1888 et 1889 ; à la suite d'une cure hydro-minérale, amélioration jusqu'en 1895. A la fin de 1896, grosse tumeur dans l'hypochondre droit avec douleur, fièvre vespérale et frissons. La tumeur grandit peu à peu jusqu'à atteindre le volume d'une tête d'enfant. Le 18 mars 1897 la tumeur est ouverte et il s'en écoule 150 centimètres cubes de pus brun jaunâtre dans lequel l'examen bactériologique montra des bacilles que l'on put identifier avec le bacille typhique, même au point de vue de la réaction du sérum. C. LUZET.

STROEBE. Zur Kenntniss der sog. acuten Leberatrophie..... (De l'atrophie aiguë du foie) (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat., XXI, p. 379*).

L'auteur divise les cas d'atrophie aiguë du foie en trois ordres : 1° atrophies aiguës, qui sont la manifestation partielle d'une infection générale du corps, quelle qu'en soit la porte d'entrée. Parmi ces cas les uns peuvent être principalement de nature infectieuse (infection hématogène du foie par des microbes de la suppuration). Les autres peuvent être plutôt de nature toxique, l'atrophie est due moins à une colonisation septique du foie qu'à des toxines charriées par le sang (diphtérie, syphilis, érysipèle, typhus) ; 2° Atrophies aiguës dues à une cause qui part du tube intestinal et dont les unes sont bactériennes (bact. coli quelquefois micrococques de la suppuration) : *a*) par la voie biliaire ; *b*) par la veine porte ;

— les autres sont toxiques (par la voie porte) et dues : a) à des toxines bactériennes ; b) à des poisons dus à des fermentations anormales se passant dans l'intestin ; c) à des poisons venus du dehors (phosphore, arsenic, botulisme, champignons, etc.) ; 3° Atrophies aiguës de cause intra-hépatique : a) à la suite de la lithiase biliaire amenant l'oblitération du canal chodéloque ; b) par thrombose de la veine porte et peut-être aussi par stase provenant du cœur et propagée jusqu'à la veine porte.

S. rapporte quatre observations d'atrophie aiguë du foie ; la première lui paraît être une infection par colibacille, propagée au foie par la veine porte ; la deuxième lui paraît être un cas d'atrophie toxique (poison inconnu, vraisemblablement auto-intoxication) en raison de la quantité de fer contenue dans le foie et dans la rate. La troisième est remarquable par sa longue durée (4 semaines) et par la quantité de canaux biliaires néoformés que l'on notait dans les préparations. La quatrième lui parait être un cas où l'on peut noter une néoformation de travées cellulaires hépatiques aux dépens des canaux biliaires nouveaux ; ce serait là un stade très tardif d'une atrophie aiguë du foie. C. LUZET.

W.-H. BATTLE. An undescribed symptom in peritonitis (*The Lancet*, *p. 871*, *27 mars 1897*).

Chez un homme de 47 ans, qui présentait les signes d'une péritonite aiguë, Battle constata sur les deux aines, s'étendant en dehors jusqu'à l'épine iliaque supérieure, de l'œdème du tissu sous-cutané : cet œdème s'arrêtait au niveau du ligament de Poupart, mais se prolongeait légèrement en arrière dans les flancs de chaque côté ; la peau était colorée et, sur tous les points œdématiés, la sensibilité très vive. Le scrotum était œdémateux et très sensible. Il s'agissait d'une péritonite dont la cause resta inconnue même après l'autopsie, qui montra l'intégrité du tube digestif.

Battle a observé le même symptôme chez un sujet atteint de péritonite consécutive à une perforation typhoïdique de l'intestin. P. MAUBRAC.

L.-E. BERTRAND. Contribution à la pathogénie de la dysenterie : microbes et toxines de l'intestin dysentérique (*Revue de méd.*, *juill. 1897*).

L'auteur croit qu'il ne faut faire, au point de vue étiologique, aucune différence entre la dysenterie des pays chauds et celle des pays tempérés. La dénomination de sporadique donnée à cette dernière est erronée.

La diarrhée chronique des pays chauds, la diarrhée de Cochinchine et la dysenterie ne constituent pas des maladies distinctes. Très souvent les premières ne sont que l'aboutissant de la dysenterie et sont entretenues par l'existence d'ulcérations intestinales.

Le principe dysentérique est contenu dans les selles, ce qui fait que l'affection engendrée par lui est à la fois infectieuse et contagieuse. Cette contagion peut s'exercer par l'air, par l'eau surtout, par le contact direct des doigts avec les selles dysentériques (infirmiers, médecins, cabinets d'aisance, etc.).

Cette infection est, pour Bertrand, poly-bactérienne, non spécifique ; les microbes qui semblent pouvoir la déterminer, soit par eux-mêmes, soit par leurs toxines, existent dans l'atmosphère, dans l'eau et dans le sol. Ils peuvent rester dans le tube digestif et les voies respiratoires à l'état

de parasites latents et inoffensifs jusqu'au jour où l'exaltation accidentelle de leur virulence et certaines lésions de la muqueuse intestinale faisant brèche, leur permettent de devenir nocifs et d'envahir les tissus.

C. GIRAUDEAU.

A. BRAULT. Classification clinique des néphrites (*Cong. de Moscou, Méd. moderne, 1897*).

La plus célèbre des classifications histologiques a divisé les néphrites en parenchymateuses et interstitielles ; elle n'a pas réalisé cependant un progrès sensible sur les divisions cliniques de Bright et de Rayer. On a adopté ensuite des néphrites mixtes.

En 1884, Cornil et Brault ont présenté l'esquisse clinique des néphrites diffuses et des néphrites systématiques, mais en ajoutant : les néphrites n'apparaissent pas comme des altérations primitives ; elles résultent de l'action sur le rein de maladies générales et infectieuses, diathésiques et constitutionnelles ; les formes anatomiques déterminées par les agents irritants varient suivant l'*intensité*, la *durée*, la *qualité* de l'irritation.

Les maladies infectieuses étant connues, il devenait rationnel d'envisager l'intensité et la durée des processus destructeurs ; même règle à suivre lorsqu'on appréciait les néphrites toxiques.

La classification naturelle sera fondée sur l'étiologie. On distinguera ensuite des néphrites *passagères* (néphrites des fièvres, néphrites infectieuses ou toxiques), *aiguës*, *subaiguës* (par infection ou intoxication prolongées), *chroniques*.

Les néphrites aiguës reconnaissent à peu près les mêmes causes que les néphrites passagères. L'auteur prend pour type la néphrite scarlatineuse. Les néphrites saturnine et goutteuse fournissent de bons exemples de lésions chroniques.

L. GALLIARD.

E. ZIEMKE. Zur serumdiagnose des Typhus abdominalis (*Deutsche med. Woch., n° 15, p. 234, 8 avril 1897*).

Les expériences entreprises dans le service de Kraus ont porté sur 6 typhiques et 18 malades non typhiques. Dans les 6 cas de fièvre typhoïde, le résultat a été positif. Des 28 malades non typhiques 22 ont donné un résultat négatif, 6 un résultat positif, il s'agissait de cas de malaria, de méningite tuberculeuse, de phtisie pulmonaire, de polyarthrite aiguë, d'hystérie et de rhumatisme chronique.

H. DE BRINON.

HUGON. Contribution à l'étude du séro-diagnostic de Widal (*Thèse de Bordeaux, 1897*).

Intéressant travail de contrôle. Sur 40 cas examinés par l'auteur, il y avait 27 fièvres typhoïdes qui toutes ont donné une réaction positive. Sur les 13 autres cas d'affections diverses rappelant plus ou moins la dothiénentérie (méningite tuberculeuse, granulie, septicémie, mélancolie

avec stupeur, etc.), un seul cas d'embarras gastrique fébrile a donné une réaction douteuse, tous les autres cas ont donné une réaction négative.

A. DONNADIEU.

CHANTEMESSE et RAMOND. Méningite tuberculeuse; séro-diagnostic typhique positif; coïncidence de tuberculose et de fièvre typhoïde (*Soc. méd. des hôp.*, *11 juin 1897*).

Un garçon de 14 ans entre à l'hôpital présentant les symptômes classiques de la méningite tuberculeuse, céphalalgie de plus en plus intense, vomissements, constipation absolue, fièvre, pupilles inégales, pouls petit, lent, urines rares. Le séro-diagnostic est cependant positif; deux jours après son entrée, délire raideur de la nuque, mort 21 jours après le début des accidents aigus.

A l'autopsie on constate la coexistence de lésions de granulie (sur les plèvres, le péricarde, dans le foie, les reins, sur les méninges) et de la fièvre typhoïde (ulcération des plaques de Peyer) et bacille typhique pur dans les ganglions mésentériques et des infarctus pulmonaires. H. L.

A. SENATOR. Ueber die Beziehungen zwischen Diabetes..... (Des rapports entre le diabète insipide et le diabète sucré) (*Deutsche med. Woch.*, *p. 385, 10 juin 1897*).

Au point de vue expérimental, Claude Bernard a montré qu'on peut, par la piqûre du plancher du 4e ventricule, produire tantôt la polyurie, tantôt la glycosurie.

Au point de vue étiologique, le rôle important du système nerveux dans la production des deux formes de diabète indique une parenté entre ces maladies.

Au point de vue clinique, cette parenté semble confirmée par les faits suivants : 1° coïncidence des deux maladies chez les membres d'une même famille (1 obs.) ; 2° passage d'une forme à l'autre chez le même individu (2 obs.) ; 3° transformation du diabète sucré en albuminurie faisant place elle-même à une simple polyurie qui conduit à la guérison (2 cas) ; 4° passage de la forme insipide à la forme sucrée avec pronostic mauvais (1 cas) ; 5° apparition successive et à intervalles plus ou moins rapprochés des deux formes (1 observation de Westphal). H. DE BRINON.

R. LÉPINE. Hyperglycémie extraordinaire chez une femme diabétique avec lésions rénales (*Revue de méd., oct. 1897*).

Chez une femme de 69 ans, atteinte de gangrène du pied et dont l'urine renfermait une forte proportion de sucre, Lépine vit survenir des accidents attribuables au coma diabétique. L'examen du sang pratiqué à ce moment y fit trouver $10^{gr},6$ de glycose pour 100 grammes de sang.

Ce chiffre est considérable, peut-être même unique, car on sait que dans le diabète, même le plus grave, le sang ne renferme que fort exceptionnellement plus de 4 à 5 grammes de glucose pour 1000. Dans un seul cas à la connaissance de Lépine, Born aurait rencontré $8^{gr},50$.

L'auteur explique cette quantité considérable de glucose trouvée dans le sang par l'existence de lésions rénales profondes trouvées à l'autopsie. Probablement l'élimination des matériaux toxiques du sang se faisant

d'une façon incomplète, il y avait accumulation de ceux-ci dans les vaisseaux. C. GIRAUDEAU.

I. — L. BARD. Du flot lombo-abdominal dans les épanchements péritonéaux (*Lyon méd.*, *28 juill. 1895*).

II. — FONTANA. Fluttuazione lombo-abdominale e ottusita spostabile ai lati dell' abdome nelle entero-stenosi (*Gaz. degli osped.*, *nº 61*, *1897*).

III. — L. BARD. Des renseignements fournis par le flot lombo-abdominal (*Lyon méd.*, *31 oct. 1897*).

I. — Bard a appliqué son procédé de recherche des épanchements pleurétiques aux cas d'ascite ou d'épanchements péritonéaux et il insiste sur la valeur du flot péritonéal, passant d'arrière en avant chez les malades en station assise. Il donne les règles de pratique pour la perception de ce flot et signale les erreurs possibles.

II. — F. publie 2 cas de sténose intestinale dans lesquels il y avait à la fois le flot lombo-abdominal égal des deux côtés et de la matité intense dans les flancs. Il n'y avait, fait constaté par la laparotomie, que quelques gouttes de liquide dans le péritoine.

III. — B. a indiqué l'importance de la recherche du flot lombo-abdominal dans les épanchements péritonéaux. Il faut bien éviter l'erreur résultant de la transmission des vibrations par la paroi ; en interposant une main sur le trajet, B. maintient que le flot peut être perçu avec des épanchements très peu abondants et être dans ces cas un signe précoce.

A. C.

C.-H. SPRONCK. Le diagnostic bactériologique de la diphtérie et les difficultés causées par les bacilles pseudo-diphtériques (*Semaine méd.*, *29 sept. 1897*).

S. montre que l'examen des colonies développées sur sérum ne permet pas le diagnostic certain de diphtérie.

L'inoculation à l'animal est indispensable dans tous les cas, sauf dans les cas graves et en temps d'épidémies.

Lorsqu'une injection sous-cutanée de deux centimètres cubes de culture fraîche en bouillon ne tue pas un cobaye de 300 grammes, mais lui donne de l'œdème, dans l'immense majorité des cas il s'agit d'un bacille pseudo-diphtérique. La diphtérie n'a pas pour origine les bacilles sans virulence qu'on trouve si communément dans la bouche ; ces saprophytes appartiennent à des espèces de bacilles tout à fait différentes du bacille virulent de Lœffler. A. CARTAZ.

FILÈ. La leucocitasi nella infezione difteritica..... (*Lo Sperimentale*, *L*, *p. 284 1897*).

Dans la diphtérie, il y a toujours de la leucocytose qui débute peu après l'infection, elle est en raison directe de la gravité de l'infection ; elle est aussi plus intense dans le croup que dans l'angine.

Dans les cas favorables, elle marche comme l'infection, pour disparaître à la convalescence; si les cas sont défavorables, elle continue jusqu'à la mort. La leucocytose est sans rapport avec l'âge de l'enfant ni avec la température; elle n'est pas modifiée par les infections mixtes, mais elle est exagérée par la pneumonie. Les complications rénales sont sans influence sur elle. Dans la convalescence des formes lentes, les leucocytes non nucléés apparaissent dans le sang, indiquant un renouvellement de ces globules. Il semble que dans les préparations on rencontre nombre de globules morts ou en état de souffrance, les cellules éosinophiles sont presque absentes. Quelques enfants ont pendant la convalescence des globules rouges à noyaux. Les injections de sérum déterminent en une demi-heure de l'hypoleucocytose, qui est à son maximum après 5 ou 6 heures à dater de l'injection, dans les cas favorables la leucocytose ne remonte pas; dans les cas défavorables la leucocytose n'est plus modifiée par les injections et se maintient jusqu'à la mort. C. LUZET.

W. ZINN et Martin JACOBY. Ueber das regelmässige Vorkommen von Anchylostomum duodenale ohne secundäre Anämie bei Negern nebst weiteren Beiträgen zur Fauna des Negerdarmes (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 36*, *7 sept. 1896*).

Zinn et Jacoby ont examiné les selles de 23 des nègres amenés à l'Exposition de Berlin; parmi eux s'en trouvaient 18 originaires de l'Afrique occidentale (14 du Togo et 4 de Cameroun), 2 de l'Afrique occidentale (Massaï) et 3 de la Nouvelle-Guinée. Tous étaient bien portants et ne présentaient aucun symptôme d'anémie. Néanmoins 21 d'entre eux hébergeaient dans leur intestin l'ankylostome duodénal. En outre, 8 avaient en plus le trichocéphale dispar, 8 des ascarides, 4 des anguillules stercorales, 4 des ténias et 2 des amibes. Parmi ces nègres, il y avait un robuste garçon de 3 ans, porteur simultané d'ankylostomes et de trichocéphales. Des deux nègres dont les selles ne contenaient pas d'œufs d'ankylostome, l'un avait depuis longtemps de la diarrhée avec amibes; l'autre, qui dans un séjour antérieur ininterrompu de 4 ans en Allemagne, s'était assimilé la manière de vivre européenne n'offrait aucun entozoaire dans ses matières fécales.

Quant aux cristaux de Charcot et de Leyden (*R. S. M.*, XLII, 176) Z. et J. ne les ont constatés que dans la moitié des cas où ils les recherchaient.

1° L'ankylostome est vraisemblablement endémique dans toutes les peuplades nègres de l'Afrique; ce que les émigrants d'Europe ne doivent pas oublier, bien que, sans doute par une sorte d'accoutumance héréditaire ou une particularité de races, le parasite intestinal n'entraîne pas fréquemment, chez les noirs, la maladie connue sous le nom d'ankylostomiase.

2° L'intestin nègre héberge de nombreux parasites animaux: 4 dans l'un des cas examinés et plusieurs fois 3. J. B.

C.-W. YOUNG. Filariasis (*Brit. med. Journ.*, *p. 1037*, *24 avril 1897*).

Marin de 21 ans ayant séjourné aux Indes et en Chine. En 1890 il constate une

tuméfaction arrondie à l'épigastre et à l'hypochondre droit, apparaissant la nuit, disparaissant le jour, et laissant une sensation de démangeaison.

Huit mois plus tard, douleur violente dans l'aine et apparition d'une tumeur inguino-scrotale, avec poussées de lymphangite et des adénites inguinales.

En mai 1896, opération double : résection des glandes inguinales et des lymphatiques dilatés, mais récidive au bout de quelques semaines et fistule donnant lieu á un liquide chyleux. Sur l'avant-bras droit, tuméfaction allongée semblable à une corde, que l'on considère comme un kyste filarien. L'examen du sang montre les embryons de filaire constamment pendant la nuit, jamais dans le jour ; leur maximum s'observe à 11 heures du soir.

Nouvelle opération le 18 septembre; ablation de tout le paquet lymphatique du scrotum. Mais, six semaines après, récidive complète, apparition sur les bras de tumeurs filariennes où l'on découvre des filaires adultes. Le malade se suicide le 19 février.

A l'autopsie, autour des cordons spermatiques, amas de vaisseaux lymphatique énormément distendus, ressemblant à des intestins de lapin : ces vaisseaux lymphatiques forment un plexus pelvien, rétropéritonéal, qui remonte jusqu'aux reins ; quelques vaisseaux sont plus gros que l'aorte. Le canal thoracique sur certains points est gros comme le doigt d'un adulte. En disséquant les lymphatiques, on y trouve 17 filaires femelles adultes semblables á un long fil de crin, mesurant 3 pouces de long, l'une dans l'autre.

A. HABEL. Ueber Aktinomykose (*Arch. f. pathol. Anat.*, *CXLVI*, *1*).

Habel décrit les symptômes cliniques et les résultats de l'autopsie dans 5 cas d'actinomycose.

Trois des cas débutèrent avec les symptômes d'une tuberculose pulmonaire, accompagnée de diverses complications; dans les 2 autres cas, on observa en outre une pérityphlite ou péritonite. La marche de la maladie fut très rapide et se termina par la mort. Absence de bacilles tuberculeux dans 4 des cas ; crachats d'un aspect vitreux et sanguinolent.

Aucun signe certain permettant d'établir le diagnostic d'actinomycose. Dans 4 cas, localisation dans le lobe pulmonaire inférieur, mais dans le dernier, c'est le lobe pulmonaire supérieur qui fut atteint.

En un mot, l'actinomycose ne donne pas lieu à des symptômes caractéristiques pour le diagnostic, à moins qu'on n'observe des granulations d'actinomycose dans les crachats ou le pus.

Les altérations pathologiques spéciales furent les suivantes : formation d'un tissu composé de granulations qui se développent dans divers organes et qui se résolvent en un pus caséeux, souvent fétide ; d'où tendance à la production de fistules.

Impossible de déterminer l'étiologie dans aucun des cas. Cependant Habel fait remarquer : 1° que deux des sujets descendaient de familles tuberculeuses ; 2° que le troisième présentait simultanément des bacilles tuberculeux ; 3° le quatrième avait une pleurésie ; 4° le cinquième sujet enfin était de son métier tailleur de pierres.

Ces circonstances semblent montrer que le champignon s'était introduit et développé dans des organismes affaiblis ; un pareil terrain a contribué à favoriser la croissance et l'extension si rapide du champignon.

ED. RETTERER.

ABÉE. Drei Fälle von tödliche verlaufeuer Actinomycose (Trois cas d'actinomycose mortelle) (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat., XXII, p. 132*).

1er cas. — Actinomycose étendue du thorax, d'origine vraisemblablement buccale. Pleurésie et péripleurite purulentes. Pneumonie interstitielle et abcès du poumon droit. Participation de la colonne vertébrale et du canal spinal, du médiastin antérieur et de la paroi antérieure du thorax, perforation de celle-ci chez un homme de 42 ans.

2e cas. — Homme de 40 ans. Perforation de l'œsophage et extension de l'actinomycose dans le tissu cellulaire prévertébral, du médiastin et péripleural, avec participation de la colonne vertébrale et du canal spinal, du foie et de la veine cave inférieure, qui est perforée et en partie thrombosée. Métastases purulentes dans le foie, les poumons et la rate. Abcès multiples des parties molles extérieures.

3e cas. — Enfant de 14 ans. Perforation de l'œsophage. Actinomycose phlegmoneuse périvertébrale, se prolongeant par derrière les reins jusqu'au psoas. Participation considérable de la colonne vertébrale et du canal spinal. Ouvertures multiples au dos. Participation des poumons. Actinomycose métastatique du myocarde et du cerveau. C. LUZET.

Hugo LÖVENTHAL. Serodiagnose der Febris recurrens während der Apyrexis (Séro-diagnostic de la fièvre récurrente pendant l'apyrexie) (*Deut. med. Woch., p. 560, 26 août 1897*).

La technique suivie par l'auteur est la suivante : On mélange sur un objectif un nombre égal de gouttes de deux échantillons de sang, l'un contenant des spirilles, l'autre provenant d'un malade en apyrexie. Une préparation de contrôle ne renfermant que du sang à spirilles est placée avec la première dans une étuve à 37°, au bout d'une demi-heure, les spirilles de la première préparation ont déjà des mouvements plus lents ou n'en ont plus ; ils se présentent sous la forme de filaments allongés et souvent agglutinés, dans la préparation de contrôle, l'activité des mouvements n'a pas diminué, souvent il faut plus d'une demi-heure pour que tous les spirilles aient perdu leur vitalité, en général il faut de 2 heures à 2 heures et demie. Il s'agit là d'une action spécifique absolument pareille à la réaction de Vidal. L'auteur n'a obtenu aucun résultat avec le sang de 14 malades atteints de pneumocoque, d'influenza, fièvre typhoïde, typhus exantématique, rhumatisme articulaire aigu ; au contraire, sur 39 malades admis dans la section de fièvre récurrente 30 ont donné la réaction, 8 étaient à la fin du premier paroxysme, de ces 8 malades, 7 ont reçu avec succès le sérum spécifique, le 8e n'a pas été traité, il n'a pas eu d'autre accès ; 12 étaient au début de la première apyrexie, ceux-là ont eu de un à deux accès pendant lesquels les spirilles ont été retrouvés dans le sang ; les 10 derniers étaient au début d'un 2e ou 3e accès. Pour ceux-là, le sérodiagnostic n'avait que l'intérêt d'une confirmation diagnostique. Les malades chez lesquels la réaction a manqué, n'avaient pas de fièvre récurrente et ont fait : 5 une fièvre typhoïde, 2 une pneumonie, les 2 autres une influenza et une fièvre intermittente.

Le séro-diagnostic permet donc de formuler un jugement chez des

malades qui se présentent à la fin d'un premier accès sans attendre l'accès suivant où l'on peut trouver les spirilles dans le sang.

H. DE BRINON.

DEBOVE. De l'ostéoporose progressive (*Bull. Acad. de méd., 20 juill. 1897*).

L'ostéoporose progressive a été parfois appelée à tort ostéomalacie sénile. Cette affection est beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme et elle débute le plus souvent dans l'âge adulte, et même quelquefois dans l'enfance.

La consistance du tissu osseux n'est pas molle, mais sa flexibilité est augmentée (côtes) ; la résistance des vertèbres, du sternum est diminuée, non par ramollissement, mais par raréfaction du tissu osseux. Les canaux médullaires des os longs, les espaces médullaires des os plats, les canaux de Havers sont beaucoup plus larges qu'à l'état normal. Il n'y a pas d'autre lésion microscopique.

L'altération osseuse est générale ; elle atteint les fémurs et les os du bassin, mais elle est plus marquée sur les os de la cage thoracique. Les déformations, qui résultent du peu de consistance des os et aussi des fractures, ne progressent pas d'une manière continue, mais par poussées durant plusieurs mois. Ces poussées s'accompagnent de douleurs vives, ne suivant pas le trajet des nerfs et attribuables à la distorsion des parties.

La marche est chronique, progressive, même après la ménopause, ce qui semble contre-indiquer la castration comme traitement. Les malades succombent à des accidents thoraciques comme on en observe chez les bossus.

Debove rapporte trois observations dans lesquelles la maladie a débuté à 48 ans (ménopause), à 44 ans (6 ans avant la ménopause) et à 7 ans.

LEFLAIVE.

Newton M. SHAFFER. A consideration of the paraplegia of Pott's disease with especial reference to the results obtained by mechanical treatment (*Journ. of nerv. and ment. dis., p. 210 avril 1897*).

Ce travail est basé sur 40 cas observés à l'hôpital orthopédique de New-York, l'auteur en a tiré les conclusions suivantes : Dans la grande majorité des cas la paraplégie pottique se termine par la guérison, cependant lorsque celle-ci dure depuis plus d'une année, les résultats à espérer du traitement mécanique sont moins beaux, il y a donc grand avantage à poser le diagnostic le plus tôt possible. Lorsqu'il s'agit d'une simple paralysie motrice sans troubles sensitifs il n'y a pas d'indication à une intervention chirurgicale. Souvent la paraplégie pottique est annoncée par l'exagération même légère des réflexes rotuliens. La coqueluche et toute toux prolongée, de même que les éternûments violents peuvent être rapidement suivis de paraplégie pottique, dans les cas où les vertèbres sont préalablement attaquées, surtout lorsqu'elles le sont dans la région dorsale. Dans les cas où il existe un abcès, l'ouverture de cet abcès est le plus souvent suivie d'une amélioration de la paraplégie. Sur

les 40 cas analysés, 37 présentaient un foyer unique avec les localisations suivantes 2 fois dans la région cervicale, 3 fois dans la région cervico-dorsale, 11 fois dans la région dorsale supérieure, 14 fois dans la région dorsale moyenne, 3 fois dans la région dorso-lombaire, la paralysie dans les cas de cette dernière localisation est très rare. Lorsque le mal de Pott siège dans la région dorso-lombaire, il peut complètement abolir la menstruation, l'auteur a observé quatre fois ce fait, il y insiste, car à sa connaissance il n'a pas encore été signalé. PIERRE MARIE.

GAULLIEUR L'HARDY. La chlorose ménorragique (*Thèse de Paris*, *n° 348, 1897*).

La chlorose ménorragique pure est extrêmement rare. On peut diviser en deux groupes principaux les ménorragies chlorotiques. Dans le premier groupe, il s'agit d'hémorragies survenant dans toutes les formes, même accidentelles de chlorose; elles seront liées à des troubles vasculo-nerveux de l'utérus. Les hémorragies conséquence directe de la chlorose sont d'origine névropathique. Dans le second groupe, on peut ranger les ménorragies de la chlorose constitutionnelle à vice d'évolution des organes génitaux; qu'il s'agisse de cas à hyperplasie sexuelle ou de cas à hypoplasie. Celle-ci agit en provoquant une sténose du col utérin d'où résulterait une métrite, qui peut revêtir le type hémorragique. C. LUZET.

FERRIER. Symptomatologie et traitement du goitre épidémique (*Arch. gén. de méd.*, *sept.-oct. 1897*).

L'auteur a observé 24 cas de goitres aigus, dont 20 venant d'un même régiment où une centaine d'hommes avaient été atteints. Sur les 20 premiers, 3 cas étaient des poussées aiguës, sur des goitres anciens; tous ils proéminaient fortement au-devant de la région cervicale. Le périmètre cervical fut, après la guérison, diminué de 3 à 5 centimètres. La consistance était moyennement élastique; dans 4 cas les lobes étaient également hypertrophiés, dans 17 l'hypertrophie était plus accentuée à droite, dans 3 cas plus à gauche; la régression eut lieu en 6 à 9 semaines; elle ne fut pas toujours complète. Les appareils digestif, respiratoire, nerveux et urinaire restèrent sains. Beaucoup cependant eurent des sueurs anormales et abondantes et présentaient la raie méningitique; la moyenne d'urée émise était 20 grammes en 24 heures au lieu de 30. Le pouls oscillait en moyenne entre 40 et 60. Souvent le pouls s'accéléra avec la guérison; donc bradycardie fréquente. L'état général était bon, la fièvre nulle. Les recherches bactériologiques pratiquées sur le sang et la sérosité thyroïdienne furent infructueuses.

Le traitement thyroïdien (lobes frais de mouton) appliqué dans 17 cas amena la guérison dans les cas récents, l'amélioration dans les cas de goitres anciens, les malades perdirent 2 à 3 kilogrammes, même 6 kilogrammes en 6 semaines. La médication iodo-iodurée fut mal supportée; 2 malades soignés par l'ingestion de thymus ne guérirent pas et l'on dut recourir aux glandes thyroïdiennes. H. LEROUX.

I. — A. SOUQUES et MARINESCO. Goitre exophtalmique compliqué de diabète sucré (*Bull. méd., 15 juin 1897*).

II. — PITRES. Diabète sucré compliquant le goitre exophtalmique (*Ibid., 18 août 1897*).

III. — LANNOIS. Idem (*Lyon méd., 14 nov. 1897*).

I. — La glycosurie et le diabète sucré se rencontrent au cours de la maladie de Basedow. Celle-ci est d'ordinaire la première en date et favorise l'éclosion de la glycosurie. D'ailleurs la glycosurie alimentaire est fréquente chez les basedowiens.

Cette complication est bien plus fréquente chez la femme que chez l'homme (20 femmes et 2 hommes). Tantôt il s'agit d'un diabète grave, abondant, rapidement mortel, tantôt d'un diabète plus bénin, compatible à une existence prolongée et ne modifiant par l'évolution du goitre exophtalmique.

La coexistence des deux affections est un argument en faveur de la théorie bulbaire du goitre exophtalmique.

A l'appui, les auteurs rapportent 26 cas, dont 1 personnel.

Une femme de 41 ans semble atteinte depuis son enfance d'un goitre exophtalmique, aggravé ultérieurement par des grossesses; la maladie était bien confirmée à 33 ans.

Le diabète semble avoir débuté vers l'âge de 40 ans et il entraîna la mort en moins d'un an (7 litres d'urine contenant 48 grammes de sucre par litre).

II. — P. rapporte une observation similaire.

Une femme nerveuse, à antécédents héréditaires, fut prise à 34 ans des symptômes de la maladie de Basedow (exophtalmie, goitre, palpitations, tremblement). Vers 35 ans 1/2 il s'y joignit des symptômes de diabète : polydipsie, polyurie, glycosurie. Six mois après mort dans la coma diabétique.

III. — Femme de 52 ans, goitreuse, ayant depuis une dizaine d'années des signes de goitre exophtalmique avec tachycardie.

Depuis trois ans, à la suite d'une frayeur, diabète (polyurie, polydypsie, 27 grammes de sucre). Elle est entrée à l'hôpital pour des accidents graves de coma diabétique qui amenèrent la mort malgré tous les traitements.

LEFLAIVE.

Jean MARTAUD. Étude sur le tic convulsif simple (*Thèse de Bordeaux, 1897*).

Sous ce titre l'auteur étudie une affection qui peut être considérée comme la forme légère de la maladie des tics dont elle se distingue par l'absence de phénomènes surajoutés : coprolalie, écholalie, échokinésie, idée fixe. Les tics, de siège variable, sont des mouvements soudains brusques, arythmiques, systématiques, indolores et le plus ordinairement conscients. Le diagnostic souvent difficile est étudié avec grand soin. Le tic paraît reconnaître une origine corticale ou sous-corticale, mais on ne peut préciser ni le siège, ni la nature du processus. La suggestion hypnotique donne dans quelques cas de bons résultats. La thèse se termine par 27 observations inédites.

A. DONNADIEU.

MASIUS et Lucien BECO. Contribution à l'étude clinique des formes septicémiques de la staphylococcie (*Revue de méd., 10 juill. 1897*).

Sous ce titre, Masius et Beco publient deux intéressantes observations de staphylococcie généralisée :

1° L'une a trait à un garçon de 17 ans, qui fut pris de douleurs lombaires et de fièvre intense. Bientôt apparurent des symptômes typhoïdes ataxo-adynamiques et en outre des douleurs très vives dans les membres et les muscles du cou. La pression des masses musculaires, ainsi que les mouvements provoqués, réveillaient au niveau des jambes et des bras des sensations particulièrement pénibles. On constatait en outre sur les membres inférieurs et l'abdomen de petites papulo-pustules discrètes dont le centre était ombiliqué. Bientôt le malade présenta au niveau des deux poumons des signes de congestion intense. Les jours suivants la prostration alla en augmentant et il mourut environ quinze jours après le début de son affection.

Pendant la vie l'examen du sang retiré à l'aide de la seringue de Pravaz d'une veine du pli du coude contenait des *staphylocoques dorés* en assez grande quantité. A l'autopsie on les retrouva dans le sang du cœur et dans les principaux viscères.

2° Femme de 36 ans qui, au moment de son entrée à l'hôpital, faisait remonter à six semaines le début de son affection. Cependant bien que très fatiguée, courbaturée, amaigrie, elle a continué à travailler jusqu'au dernier jour. Au moment de son admission elle présentait comme localisation de son infection une pleurésie double à épanchement peu abondant, séro-fibrineux, un peu louche et légèrement teinté de sang, en même temps que des signes de congestion pulmonaire.

Au bout de quelques jours apparurent des signes d'endocardite gauche perceptibles aussi bien au foyer d'auscultation aortique qu'au niveau de l'orifice mitral. A partir de ce moment les accidents se précipitèrent, des symptômes typhoïdes apparurent et la malade mourut au bout de quelques jours, dans le coma.

L'examen bactériologique du sang recueilli pendant la vie avec les précautions d'usage donna d'abondantes cultures de staphylocoques pyogènes blancs. A l'autopsie on retrouva les mêmes microorganismes dans le sang du cœur, les principaux viscères et les végétations endocarditiques. C. GIRAUDEAU.

I. MONTEVERDI et C. TORRACCHI. Un caso di acromegalia con emianopsia bitemporale e inferiore (*Rivista sperim. di fren., XXIII, p. 438*).

Observation d'une femme d'une quarantaine d'années qui commença à devenir acromégalique à la suite de sa dernière couche (remontant à 13 ans auparavant). Les auteurs donnent en grand détail, la description de la malade et insistent sur l'absence de matité rétro-sternale, sur une attaque de pseudo-méningite caractérisée par la rigidité de la nuque et la contraction des pupilles, par de l'agitation générale, l'intolérance aux moindres attouchements et par l'anurie. Ils insistent en outre sur l'hémianopsie bitemporale et inférieure présentée par cette femme et, à cette occasion, passent en revue les observations d'hémianopsie dans l'acromégalie (au nombre d'au moins 26 bien établies sur 128 observations d'acromégalie qu'ils ont pu rassembler). A noter encore que chez leur malade il a existé de l'albuminurie transitoire et une légère peptonurie. — Index bibliographique contenant 66 numéros.

PIERRE MARIE.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

I. STINI. Microbiologie de la cavité salpingo-utéro-vaginale (*Thèse de Paris, 1897*).

Le canal vaginal et une partie du col sont habités par différentes espèces microbiennes, pathogènes ou non. Cinq espèces : le streptocoque, le staphylocoque, le gonocoque, le bacille tuberculeux, le colibacille, sont essentiellement la cause des inflammations génitales. Ces microbes peuvent s'associer entre eux ou à d'autres bactéries moins pathogènes.

H. VINCENT.

Oscar BEUTTNER. Ueber Ulcera rotunda vaginae (*Corresp.-Blatt f. schw. Aerzte, 1er mai 1897*).

C'est Zahn (*Virchow's Archiv*, 1894) qui le premier a décrit les ulcères ronds simples du vagin, en les rapprochant pour la pathogénie de ceux de l'estomac et du duodénum. Jusqu'ici il en a été publié 8 cas : 2 par Zahn, 1 par Browicz, 2 par Braithwaite, 1 par Skowronski et 2 par Beuttner ; 5 d'entre eux n'ont été découverts qu'à l'autopsie. En voici un 9e reconnu du vivant de la malade et intéressant par son étiologie.

Femme de 23 ans, à la fin du deuxième mois d'une seconde grossesse, à la suite d'un effort de course, violentes douleurs abdominales dans le côté gauche surtout, puis écoulement de sang par le vagin.

Le fond de l'utérus dépasse la symphyse de deux travers de doigt ; col fermé. Flux sérosanguinolent non fétide ; apyrexie. Le 7e jour après le début des accidents, mort subite et inopinée alors que l'état général paraissait excellent.

Autopsie : Cul de sac de Douglas rempli par une tumeur fluctuante de la grosseur d'une tête d'enfant (hématocèle), en arrière de laquelle se trouve l'ovaire droit. Veines utérovaginales dilatées et contenant du sang fluide. Thrombus dans la veine hypogastrique gauche. Énorme corps jaune dans l'ovaire droit. Au niveau du cul-de-sac vaginal antérieur, 2 taches jaunâtres à bords hyperciniés, et à l'aspect d'eschares. Embolies pulmonaires des deux côtés avec obstruction totale des deux artères. Congestion des poumons avec œdème à droite. Stase veineuse intense de tous les viscères. Gros thrombus libre à l'origine de la veine cave inférieure. Hématomètre. Grossesse tubaire gauche de 8 semaines.

J. B.

F. NEUGEBAUER. 50 observations personnelles de kystes du vagin (*Revue de gyn., I, p. 589*).

Sur un total de 20,000 malades, N. a rencontré 50 cas de kystes du vagin, la plupart développés aux dépens des restes non oblitérés des canaux de Gaertner, quelques-uns, kystes de rétention. Ces kystes ne sont en

général gênants que lorsque le volume en devient assez considérable ou qu'ils subissent un processus inflammatoire. Les petits ne demandent aucun traitement ; les plus grands doivent être réséqués, ce qui est plus simple que l'énucléation totale. A. C.

DE PAOLI. Tuberculose primitive de la vulve (*Annali dell' Univ. di Perugia IX, p. 1*).

De Paoli rapporte cinq cas de cette localisation rare de la tuberculose, qui peut atteindre les petites filles comme les femmes adultes. La contagion par rapports sexuels est peut-être en cause. Les lésions se localisent, dans leur stade initial, autour du méat urinaire et du clitoris, d'où elles se diffusent lentement, donnant lieu à une ulcération entourée d'un épaississement éléphantiasique des grandes lèvres. L'affection est chronique et reste longtemps localisée sans retentissement nécessaire sur les ganglions inguinaux, et sans altération grave de la santé générale. Rarement l'ulcération subit la dégénérescence caséeuse : elle reste rouge, enflammée, vascularisée et a de la tendance à guérir spontanément. Le traitement de choix est la résection des parties malades. H. RENDU.

DUPLAY et CLADO. Contribution à l'étude de la fièvre et des phénomènes infectieux dans les maladies de l'utérus et des annexes (*Arch. gén. de méd., juill. 1897*).

Les auteurs établissent trois modalités thermiques : 1° cas aigus où la température oscille entre 39 et 40, le plus souvent il s'agit d'affections post-puerpérales ; 2° cas subaigus ; la température oscille autour de 38 à 38,5, la courbe est irrégulière, la température matinale est souvent normale, il s'agit surtout de rétention partielle des sécrétions utérines ou tubaires ; 3° cas dits apyrétiques, il existe entre les températures du matin et du soir une différence de 1/2 ou 1 degré ou même plus.

La température, le matin, tombe souvent au-dessous de la normale à 36, 36,5 ; l'hypothermie est habituelle ; quand le thermomètre atteint 37,3, 37,5, il y a fièvre.

Les endométrites ou salpingites répondent en général aux types 2 et 3. C'est au type 1 que répondent au contraire les péritonites et les pelvicellulites, ou les infections massives. H. L.

BOUCHARD. Du drainage utérin dans le traitement des métrites et des complications pelviennes (*Thèse de Paris, 1897*).

On doit toujours commencer à dilater l'utérus, sous le couvert de l'antisepsie la plus rigoureuse. En employant le drainage à l'aide d'un faisceau de crins de Florence, sur 14 cas de métrite catarrhale et blennorragique, B. a obtenu la guérison cinq fois en six semaines ; cinq malades ont été améliorées et quatre n'ont subi aucune amélioration.

Sur 22 cas traités par le drainage à la gaze iodoformée, il y a eu 15 guérisons, 2 améliorations, 5 état stationnaire. Dans quelques cas le drainage n'a pas été précédé de dilatatation du col et on a observé des

inflammations péri-utérines, les unes se terminant par résolution après quelques jours, les autres (trois cas) plus graves. Le drainage est le complément nécessaire du curetage. On doit continuer l'antisepsie du vagin tant que le col n'est pas refermé.

B. a employé le même traitement de drainage utérin avec la gaze iodoformée dans 22 cas de salpingite avec ou sans complication péri-utérine, six fois avec le crin de Florence sans succès, seize fois avec la gaze iodoformée avec quatre améliorations et une guérison. Ce traitement donne donc peu de résultats favorables. PORAK.

VITRAC. Tuberculose végétante du col de l'utérus (*Journ. méd. Bordeaux, 8 août 1897*).

Jeune femme de 27 ans, issue de parents tuberculeux. La menstruation n'est apparue que trois fois pendant 9 ans. Actuellement la malade présente des signes non douteux de tuberculose vésicale, rénale et pulmonaire et en plus une masse bourgeonnante sur le col utérin. Hystérectomie.

Utérus infantile. La partie vaginale seule du col est le siège du processus tuberculeux qui est limité au derme de la muqueuse et à la couche glandulaire. OZENNE.

George M. EDEBOHLS. Le raccourcissement des ligaments ronds (*Amer. gyn. and obst. Journ., déc. 1896*).

Étude complète de l'opération d'Alquié au point de vue de ses indications, de sa technique et de ses résultats. Cette opération est supérieure à toutes celles qui ont été faites dans le même but. Kellogg, qui l'a pratiquée plus de 500 fois, n'a eu que 6 0/0 d'échecs. Après elle, l'utérus est dans les conditions normales de mobilité, ce qui a une grande importance au point de vue des grossesses futures. Cette opération est indiquée dans les rétrodéviations ou les antéflexions non adhérentes, dans le prolapsus non adhérent et douloureux des ovaires, dans les rétrodéviations utérines adhérentes, après la libération des adhérences, soit par une laparotomie vaginale ou une laparotomie abdominale, faite au niveau de l'orifice interne du canal inguinal (procédé de l'auteur). E. insiste sur la nécessité de sectionner toute la paroi antérieure du canal inguinal, qui est, selon lui, le meilleur procédé pour traverser sûrement et facilement le ligament rond. Il est très important de réséquer une longueur de ligament toujours supérieure à 7 centimètres. Il est bon, après avoir fixé le ligament raccourci, de faire l'opération de Bassini pour renforcer la région et empêcher la production d'une hernie. E. estime qu'il est inutile de soutenir l'utérus à l'aide de pessaires après l'opération.

E. donne un tableau de 115 cas personnels, avec une seule mort non imputable à l'opération, 4 échecs complets et 6 échecs incomplets. Dans tous les autres cas, la situation post-opératoire de l'utérus resta excellente. J. VANVERTS.

I. — M. LEVY. Considérations sur l'antéflexion pathologique de l'utérus et sur son traitement (*Thèse de Paris, 1897*).

I. — GRANVAL. Des antéversions et des latéroversions utérines envisagées au point de vue de l'accouchement (*Thèse de Paris*, *1897*).

I. — L'antéflexion pathologique se distingue de l'antéflexion normale en ce que sa courbure n'est pas mobile. Elle est fixe. Quel que soit son degré, elle peut ne pas donner lieu à des manifestations morbides. Celles-ci se produisent lorsque des modifications de canalisation existent (hypertrophie de la muqueuse utérine, sténose des orifices) aggravées et rendues permanentes par des lésions utérines ou péri-utérines. La dysménorrée et la stérilité attirent surtout l'attention du gynécologue.

Le traitement diffère suivant la pathogénie de la lésion et celle-ci se résume : 1° en une antéflexion dite congénitale liée à l'aplasie de tout le système génital avec sténose des orifices utérins ; 2° en une antéflexion liée à une congestion fausse par métrite ou subinvolution utérine ; 3° en l'une ou l'autre de ces formes compliquée de lésions inflammatoires ou scléreuses péri-utérines.

Dans l'antéflexion dite congénitale, on doit s'attaquer immédiatement à la flexion, l'application de la tige intra-utérine de Lefort répond aux indications.

Dans l'antéflexion due à une inflammation utérine ou péri-utérine, c'est cette inflammation qui constitue surtout l'indication thérapeutique. Ensuite l'allongement hypertrophique du col justifiera l'amputation, la courbure de l'utérus sera combattue par les diverses opérations conseillées dans ce cas et aussi par l'application des tiges intra-utérines.

II. — L'auteur relate quelques faits d'inertie utérine dans l'antéversion de l'utérus modifiée par le redressement de l'utérus et de présentations vicieuses dues à la même cause. Ces accidents ont été aussi observés à la suite de l'hystéropexie. PORAK.

Peter MUELLER. Ueber Prolapsoperation bei älteren Individuen (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, *n° 5, p. 142, 1er mars 1897*).

Chez les femmes d'un certain âge, atteintes d'un prolapsus rebelle, P. Müller conseille, au lieu de l'ablation de la totalité de l'utérus et du vagin, l'opération suivante qui a les avantages d'être moins longue, de ne pas ouvrir le péritoine, de laisser l'utérus, d'éviter le laborieux isolement de la vessie, etc.

Il excise les deux tiers du vagin, sous forme d'un ovale dont les extrémités correspondent à l'urètre, en arrière à la commissure postérieure. Dans cette vaste surface saignante, il place l'utérus qui se trouve ainsi dans une dépression infundibuliforme, profonde de plusieurs centimètres, dont on referme les lèvres par une suture continue. Les surfaces saignantes se transforment en une cloison cicatricielle située entre la vessie et le rectum et sur le sommet de laquelle repose l'utérus. Le reste du vagin ne constitue plus qu'un cul-de-sac à peine profond de 2 à 3 centimètres.

L'opération de Müller ne convient que pour les femmes qui ne sont plus menstruées et n'ont plus de rapports sexuels. Si la malade, tout en ayant encore ses règles, a renoncé aux rapports sexuels, on peut, après avoir extirpé le vagin de la manière indiquée, suturer le col utérin avivé

dans la plaie vaginale ; de cette manière l'écoulement du sang en dehors restera possible.

Enfin, dans les cas où la femme n'a pas renoncé à avoir des rapports, comme le vagin doit être conservé, M. conseille de procéder comme suit : colporraphie antérieure, isolement, puis refoulement de la vessie et hystéropexie vaginale. Aux dépens de la paroi postérieure du vagin, on excise un lambeau allongé quadrangulaire et on réunit ensuite les lèvres de la plaie. On a ainsi obtenu un rétrécissement du canal génital suffisant pour empêcher une récidive, tout en permettant encore la cohabitation.

J. B.

KAHLDEN. Ueber das primäre Sarkom der Tuben (Sarcome primitif des trompes) (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat., XXI, p. 275, 1897*).

Femme de 51 ans. A l'autopsie : tumeur bilatérale des trompes avec métastase dans les deux ovaires, ainsi que dans le péritoine et l'épiploon. Au microscope, il s'agit d'un sarcome dont le point de départ était dans les deux trompes et plus précisément entre l'épithélium et la tunique musculaire, c'est-à-dire dans la muqueuse. A noter l'existence dans cette tumeur de cellules géantes, fait non encore publié dans le sarcome de la trompe, et qui rapproche ce fait des sarcomes de la muqueuse utérine. C. LUZET.

I. — G. WINTER et W. SCHMITT. Ueber die Behandlung des Uteruskrebses mit Chelidonium majus (Traitement du cancer de l'utérus par la grande chélidoine) (*Centr. f. Gyn., 10 juill. 1897*).

II. — G. FRENDENBERG. Ueber die Behandlung des inoperablen Uteruskrebses mit Chelidonium majus (*Ibid., 31 juill. 1897*).

I. — Denissenko a recommandé, le premier, la grande chélidoine dans le traitement du cancer. Malgré des insuccès il persiste à admettre l'efficacité de ce médicament dont l'action serait selon lui spécifique en rendant la tumeur maligne plus facile à énucléer. Dührssen a constaté également une amélioration dans l'état général de malades cancéreuses traitées par la chélidoine.

Winter et Schmitt ont expérimenté cette plante chez 14 femmes atteintes de cancer de l'utérus. Le traitement a consisté en injections sous-cutanées d'une solution à 50 0/0, combinées à l'administration par la bouche de 20 à 60 grammes d'extrait par jour.

Ils ont remarqué que le médicament était bien supporté par l'estomac et que les injections étaient très douloureuses ; mais, dans aucun cas, il n'y eut d'amélioration du cancer ; au contraire, la tumeur parut faire des progrès plus rapides, et la cachexie devint plus profonde. Aussi déconseillent-ils l'usage de la chélidoine dans le traitement du cancer.

II. — Frendenberg a eu recours au même médicament, et il a obtenu des résultats un peu meilleurs. Il ne l'emploie que localement et dilué dans des solutions antiseptiques faibles. Il a observé en 3 ou 4 jours la destruction de végétations cancéreuses traitées ainsi. Toutefois, l'extension de la tumeur et sa généralisation n'ont été nullement entravées.

Il résulte de ces diverses recherches que l'extrait de grande chélidoine n'offre sur les autres traitements palliatifs du cancer utérin aucun avantage. CH. MAYGRIER.

TEXIER. Des indications de l'hystérectomie vaginale dans le traitement de l'épithélioma du col de l'utérus (*Thèse de Bordeaux, 1897*).

Etude très complète des indications et contre-indications de l'hystérectomie vaginale dans le traitement de l'épithélioma du col utérin. Avant de prendre une détermination, le chirurgien devra examiner successivement, d'abord, les caractères de la lésion épithéliale (étendue, histologie, forme anatomique, marche), les troubles fonctionnels qui en résultent (douleurs, hémorragies, troubles urinaires).

Il devra s'enquérir de l'état de l'utérus (grossesse, inflammations et déviations, tumeurs), des annexes (tumeurs, kystes, inflammations), du vagin (rétrécissements).

Enfin, examen de l'état général (âge, cachexie, diathèses, lésions des principaux organes de l'économie). A. VENOT.

RICHELOT, RECLUS, SEGOND, etc. Discussion sur l'hystérectomie abdominale (*Bull. Soc. chir., XXIII, p. 474*).

Richelot revient rapidement sur le procédé d'hystérectomie abdominale qu'il emploie actuellement dans les fibromes utérins.

Il expose ensuite la technique de l'hystérectomie abdominale pour lésions annexielles. Après la taille d'un lambeau péritonéal antérieur, destiné à refouler la vessie, et le pincement de l'artère utérine, il incise le cul-de-sac antérieur du vagin, saisit le col avec une pince, sectionne le vagin à son insertion sur le col ; puis il déchire de bas en haut le feuillet antérieur du ligament large et décolle de bas en haut les annexes, d'abord d'un côté, puis de l'autre. Si le drainage n'est pas indiqué, il ferme complètement le vagin ; dans le cas contraire, il draine par le vagin avec de la gaze et un tube de caoutchouc et parfois il ajoute un tube dans la plaie sus-pubienne.

Reclus est partisan du procédé de Doyen dans l'hystérectomie abdominale pour fibrome. Comme Doyen, il ne pratique pas d'hémostase préventive. Il se sert de catgut au lieu de soies pour faire les ligatures et ne ferme pas le vagin. Sur 10 cas où il a eu recours à cette opération, il n'a eu qu'une mort survenue le 25e jour, probablement par embolie. Deux fois une salpingite coexistait avec le fibrome.

Reynier insiste sur la supériorité du procédé de Doyen dans l'hystérectomie pour fibrome. Dans les cas de lésions annexielles il croit qu'il n'est pas indifférent de conserver l'utérus quand celui-ci n'est pas malade. Il ne l'enlève donc que contraint et forcé, et non systématiquement. En ce cas, c'est par la voie vaginale qu'il extirpe l'utérus, après avoir enlevé les annexes par la voie abodminale.

Segond ne s'occupe que de la technique opératoire de l'hystérectomie abdominale. Pour lui, le *procédé américain* est supérieur aux autres méthodes, parce qu'il rend l'intervention uniquement abdominale sans la combiner à des manœuvres vaginales plus ou moins complexes, parce qu'aussi elle supprime les ligatures en masse et permet de lier successivement et séparément les différents vaisseaux. La caractéristique de ce procédé est de pratiquer l'ablation de l'utérus en bloc, et par incision

continue, de gauche à droite ou de droite à gauche. On lie et on sectionne successivement l'artère utéro-ovarienne, celle du ligament rond, l'artère utérine ; on sectionne le col transversalement au-dessous de l'artère utérine liée et coupée ; puis on lie et on sectionne successivement l'artère utérine, l'artère du ligament rond et l'artère utéro-ovarienne du côté opposé. Au lieu de laisser un petit moignon de col, on peut l'enlever en sectionnant le cul-de-sac vaginal.

L'auteur a employé 30 fois ce procédé, dont 10 pour suppurations et 20 pour gros fibromes. Il a eu 2 morts dans chacune de ces séries ; les deux opérées pour suppuration pelvienne sont mortes de péritonite, les deux autres ont succombé, l'une par péritonite, l'autre par hémorragie survenue au niveau d'un gros moignon épiploïque.

Hartmann aborde le vagin par le cul-de-sac postérieur. Il emploie un procédé, combinaison de celui de Doyen et de la méthode américaine. Sur 18 cas, pratiqués pour diverses lésions, il a obtenu 18 succès.

Schwartz a employé le procédé américain et le procédé qui consiste à faire l'hystérectomie abdominale sus-cervicale et à enlever le moignon restant par le vagin. Il a obtenu 13 succès sur 14 cas. J. VANVERTS.

F. JAYLE. Effets physiologiques de la castration chez la femme (*Revue de gyn.*, *I*, *p. 403*).

Intéressant travail sur les troubles variés, de nature congestive, nerveuse, de nutrition etc., qu'on observe après l'ablation des ovaires. D'une série d'observations (82) de castration simple, double ou avec hystérectomie, J. conclut que les troubles sont constants dans la castration ovarienne double et qu'ils sont plus ou moins marqués, suivant l'âge et la constitution des malades. Après la castration utérine, ils sont nuls ou peu accentués.

Il résulte de ces recherches que l'ovaire est l'organe à respecter le plus ; qu'il ne faut enlever les deux ovaires qu'à la dernière extrémité et enlever alors en même temps les trompes et l'utérus qui ne servent à rien.

Si les trompes et l'utérus peuvent être conservés, la résection ovarienne doit être préférée à l'ablation complète ; en un mot il faut conserver autant que possible l'ovaire, s'il n'est pas atteint. A. C.

Th. WILSON. Chronic axial rotation of an ovarian cyst..... (*Trans. of the obst. Soc. of London*, *XXXIX*, *2*).

Il s'agit d'une multipare de 55 ans, dont l'abdomen avait augmenté progressivement de volume depuis quatre ans, et qui avait fréquemment des douleurs de ventre et des vomissemeuts. Wilson l'opéra et enleva une tumeur pédiculée, qui n'était autre qu'un kyste multiloculaire de l'ovaire gauche, du poids de cinq livres. Mais le fait intéressant dans ce cas est que le kyste était adhérent à l'utérus et aux annexes de droite, et que ces organes étaient allongés et tordus sur eux-mêmes. Le kyste avait subi une rotation sur son axe qui avait entraîné une torsion considérable de l'utérus et des annexes. Les deux trompes étaient oblitérées ; celle de droite présentait de l'hydrosalpinx. La malade guérit sans complications. CH. MAYGRIER.

GOTTSCHALK. Ueber den Einfluss des Wochenbettes auf die cystischen Vierstocksgeschwülste (*Berlin. klin. Woch.*, *p. 480*, *31 mai 1897*).

Une femme de 41 ans, stérile depuis près de 14 ans et ayant un petit kyste de l'ovaire, étant redevenue enceinte, eut une grossesse parfaite ; l'accouchement fut terminé par le forceps et les couches furent apyrétiques. 10 semaines après l'accouchement, premières douleurs abdominales, puis, 2 semaines plus tard, apparition de symptômes devenant rapidement graves et qui nécessitèrent, au bout de 15 jours, une coeliotomie d'urgence. Cette opération présenta les plus grandes difficultés : La tumeur, qui remontait jusqu'à l'ombilic, avait contracté des adhérences si intimes avec le péritoine pariétal et le côlon descendant, qu'au-dessous de l'ombilic il n'existait plus de cavité abdominale. Pour se donner du jour, il fallut inciser les parois abdominales en travers de chaque côté jusqu'à la ligne axillaire antérieure. La tumeur qui siégeait sur l'ovaire droit était tordue plusieurs fois sur son axe, son contenu était purulent et la cavité du kyste était distendue par une grande quantité de gaz libres. Tous les organes voisins avaient subi un déplacement considérable. Le kyste, une fois les gaz échappés, ne renfermait qu'un pus épais où le bacille banal du côlon se trouvait en cultures pures. Guérison. J. B.

I. — **H. MACÉ. Contribution à l'étude de la torsion du pédicule des fibromes sous-séreux de l'utérus** (*Thèse de Paris*, *1876*).

II. — **E. PLANCHE. Contribution à l'étude de la torsion des fibromes utérins** (*Thèse de Paris*, *1897*).

III. — **G. KISSELOFF. Contribution à l'étude de la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire** (*Thèse de Paris*, *1897*).

IV. — **J. MOUTHON. De la torsion du pédicule dans les kystes de l'ovaire** (*Thèse de Paris*, *1897*).

I. — M. relate quelques observations déjà publiées et conclut à la nécessité de l'intervention chirurgicale qui, le plus souvent, s'adresse à des accidents graves, car le diagnostic positif de la torsion est, en général, impossible.

II. — Dans cette étude, Planche s'occupe réellement de la torsion des fibromes ; il en discute les causes, le sens et les conséquences, dont les unes sont immédiates et consistent en thromboses du pédicule et apoplexie myomateuse et les autres secondaires, caractérisées par des adhérences qui compliquent l'intervention.

La torsion peut se manifester par des accidents aigus ou chroniques ; les premiers sont analogues à ceux d'un étranglement interne, les seconds, à des phénomènes de péritonite localisée. Aussi, en général, le diagnostic en est-il difficile. Le seul traitement applicable consiste à pratiquer la laparotomie et, suivant que l'on aura affaire à un fibrome pédiculé tordu ou à un utérus fibromateux allongé et tordu, on fera l'ablation du premier comme un kyste de l'ovaire ou l'hystérectomie abdominale, soit totale, soit partielle.

III-IV. — Études donnant, l'une et l'autre, une bonne vue d'ensemble de l'histoire de la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire, accident survenant dans la proportion de 7 à 8 0/0 des cas, la torsion est brusque

ou lente et ses complications (hémorragies, ruptures de la paroi ou du pédicule, gangrène, septicémie, etc.) sont d'une telle gravité que l'ovariotomie doit être faite d'urgence ; elle a été efficace même dans les cas les plus désespérés. OZENNE.

B. SEGALL. Contribution à l'étude histologique de la môle hydatiforme et du déciduome malin (*Revue de gyn., I, p. 617*).

La môle hydatiforme n'est pas un myxome des villosités choriales, mais un état pathologique des villosités caractérisé par un gonflement hydropique du stroma et une prolifération des éléments de revêtement des villosités.

Le déciduome malin est une néoplasie dans la structure de laquelle on trouve les deux éléments de revêtement de villosités choriales, syncytium et couche de Langhans.

Il a une origine mixte, maternelle et fœtale, il doit occuper une place à part parmi les épithéliomes. A. C.

I. — A. MARTIN. Präparat von Deciduoma malignum (*Berlin. klin. Woch., p. 657, 26 juill. 1897*).

II. — ZONDEK. Ueber einen neuen Fall von malignem Deciduom (*Ibid.*).

III. — GEBHARD. Ein neuer Fall von maligner Choriongeschwulst (*Ibid.*).

IV. — Discussion de la Société de gynécologie de Berlin (*Ibid., p. 727, 16 août 1897*).

V. — TRANTENROTH. Ueber Deciduoma malignum (*Ibid., p. 593, 5 juill. 1897*).

I. — Femme de 28 ans, ayant fait une fausse couche il y a quatorze mois. Malgré la longueur relative du temps écoulé depuis la grossesse, on trouve encore dans le calibre des veines, des villosités choriales, les unes intactes, les autres en dégénérescence maligne. Ce qui prédomine dans la tumeur, ce sont les masses syncytiales fortement proliférées. L'opération fut difficile à cause de la présence, au pourtour du col, d'indurations considérables. La malade est guérie.

II. — Femme de 43 ans ayant eu 12 enfants vivants et 4 avortements. Dernière grossesse au début de mai 1896 ; le 15 décembre, expulsion d'une mole vésiculeuse et curetage consécutif de l'utérus. Dans les premiers jours de janvier, métrorragie pour laquelle on fait un nouveau curetage ; l'hémorragie recommence à la fin du même mois. A l'entrée à l'hôpital, femme robuste avec bon état général ; pas d'autres troubles morbides qu'un écoulement insignifiant et à peine sanguinolent. Bientôt l'écoulement augmente d'abondance. A partir du 15 février, grands frissons.

Le 18, curetage sans amélioration ; le 23, hystérectomie vaginale. Guérison.

L'utérus, un peu augmenté dans tous ses diamètres, offrait sur sa paroi antérieure une tumeur commençant à 2 centimètres 1/2 du fond de la cavité et descendant jusqu'à l'orifice interne du col ; cette tumeur, de couleur rubigineuse, avait détruit une partie de la musculature utérine ; à son voisinage, la couche musculeuse était foncée et parsemée de taches rouillées, variant d'une tête d'épingle à un grain de mil. Au centre de la paroi antérieure, immédiatement au-dessous de la séreuse, se voyait un nouveau noyau morbide, de la

grosseur d'un pois. Sous le microscope, la tumeur apparaissait constituée par de grosses cellules épithélioïdes, polymorphes, juxtaposées avec un noyau volumineux et très coloré, par de grandes masses de protoplasma avec nombreux noyaux, donc par du tissu syncytial qui en beaucoup d'endroits pénétrait dans les lacs sanguins, tandis qu'en d'autres il était traversé de vacuoles.

On apercevait, en outre, des cellules un peu plus petites, à corps protoplasmatique clair, à noyau faiblement colorié, présentant un réseau finement granuleux de chromatine et de nombreux corpuscules nucléaires, c'est-à-dire ces cellules que Marchand considère comme des dérivés de la couche de Langhans.

III. — Femme de 30 ans ; début de la tumeur sept semaines après le dernier accouchement. Hystérectomie vaginale. La tumeur offrait comme caractéristique des épithéliums glandulaires dont les cellules n'étaient plus exactement délimitées, c'est-à-dire avaient subi la transformation syncytiale. Certains cancers de la cavité du col utérin offrent sous le microscope la plus grande ressemblance avec les tumeurs malignes du chorion.

IV. — *Kossmann*, à l'inverse de Gebhard, n'admet pas l'existence de néoplasmes provenant à la fois de l'épithélium utérin et de l'enveloppe séreuse de l'embryon ; pour lui, il s'agit de tumeurs dérivant uniquement de l'épithélium utérin qui par places a subi la transformation syncytiale, tandis qu'ailleurs il est à peine modifié. Il persiste donc à considérer ces tumeurs comme des cancers utérins dans lesquels l'épithélium a éprouvé, totalement ou partiellement, les modifications caractéristiques de la grossesse et la dénomination de tumeur choriale lui semble fâcheuse, puisque, même dans l'opinion de Gebhard, ce n'est que l'élément constituant le moins important du chorion, son enveloppe séreuse, qui participerait à la néoplasie.

Gottschalk trouve que le fait de Gebhard vient à l'appui de ce qu'il soutient que les néoplasmes des villosités placentaires offrent une structure différente suivant leur point de départ : enveloppe extérieure ou totalité de la villosité.

Quand la tumeur est composée de dérivés du syncytium et de la couche de cellules, elle présente, comme dans le cas de Gebhard, une structure tout à fait irrégulière, à l'inverse de la structure typique affectée par les tumeurs que Gottschalk a décrites sous le nom de sarcome des villosités choriales.

Gebhard tient à préciser sa manière de voir : bien que ses préparations démontrent la transformation de l'épithélium glandulaire en masses syncytiales, il n'ose en conclure d'une façon générale, que le syncytium ne soit autre chose que l'épithélium maternel. Il n'a choisi la dénomination de tumeurs du chorion qu'en attendant qu'on soit bien fixé sur la nature de ces tumeurs.

V. — 1er *cas*. Femme de 38 ans ayant eu 6 grossesses ; le dernier accouchement, qui fut normal, eut lieu le 16 novembre 1895 : 3 jours plus tard, écoulement sanguin avec débris ; au bout de quatre semaines, métrorragie brusque et intense, qui dès lors s'est reproduite de plus en plus forte et à intervalles de moins en moins longs, malgré des curetages réitérés, des injections chaudes, le tamponnement et le seigle ergoté. Admission le 27 mars 1896 dans un état de profonde anémie. Avec la sonde, on sent sur la paroi postérieure de l'utérus long de 9 centimètres, une tumeur bosselée. Un curetage explorateur ramène des débris mous, blanchâtres ou gris rou-

gâtres, montrant sur les préparations des éléments trabéculiformes, parfois ramifiés, avec un protoplasma homogène et de nombreux noyaux; à coté de fragments de muqueuse peu altérés, de grosses masses protoplasmatiques avec d'abondants noyaux fortement teints et, les longeant, ou entourées par elles, des cellules à protoplasma plus pâle, à noyau clair, généralement unique, ovale ou polyédrique; nulle part de vraies cellules de caduque.

Le 31 mars 1896, hystérectomie paravaginale. Sang aqueux. Guérison apyrétique. Le 12 avril, mort assez soudaine, par dégénération graisseuse extrême du myocarde. Aucune métastase. Sur la paroi postérieure du fond de l'utérus, tumeur en champignon, de 2 centimètres de diamètre, implantée sur une large base. Les coupes de la tumeur ne montrent dans la muqueuse infiltrée et sans épithélium, que quelques petits amas de grosses cellules de configuration ronde allongée, ou un peu fusiforme avec gros noyau, coloré par l'hématine et de forme variable; en d'autres points, les amas sont formés surtout de cellules épithélioïdes avec noyau transparent, auprès desquelles se voient des masses de protoplasma en forme de crosses. Nulle part les cellules de la tumeur n'ont pénétré dans la musculature. La muqueuse utérine attenante à la tumeur est normale.

2e *cas*. — Veuve de 48 ans, ayant depuis un an des métrorragies de plus en plus fréquentes et fortes; depuis quelque temps en outre, écoulement fétide. Admission le 20 janvier 1897; débilitation profonde, anémie intense, état général septique avec un peu de fièvre. A la partie inférieure de la paroi antérieure du vagin, deux tumeurs grosses comme des lentilles, d'un rouge bleu, dont l'une est ulcérée superficiellement. Par le col utérin qui laisse passer le doigt, on sent des masses bosselées, molles, dans le corps de l'utérus. Rénitence dans le cul-de-sac de Douglas; tumeurs volumineuses de chaque côté de l'utérus. Hypogastre un peu douloureux à la pression. Le 28, hystérectomie para-vaginale de Schuchardt. Etat aqueux du sang. Abcès enkysté à pus fétide dans le cul-de-sac de Douglas. Aux deux côtés de l'utérus, tumeurs d'un rouge brun, s'effritant entre les doigts et qu'il est impossible d'enlever entièrement. Mort le jour même.

A l'autopsie, métastases volumineuses dans le foie, dans le jéjunum (plusieurs), à la partie inférieure du rein gauche (noisette), dans le poumon (cerise). Il ne reste pas de vestiges de l'ovaire gauche, ni des annexes droites qui ont été englobés dans les masses morbides.

L'utérus, qui a 10 centimètres de long, offre à sa partie la plus inférieure, un anneau large de 2 centimètres et descendant jusqu'au col, constitué par des tumeurs bosselées, polypeuses, d'un brun rouge; à 1 centimètre plus haut, dans la paroi antérieure, se voit une cavité de 1 cent. dont les parois sont formées par des masses d'un brun rouge, bosselées; un peu au-dessus se trouve une cavité ayant les dimensions d'une cerise et enfin une troisième de même nature, du volume d'un pois, au niveau du fond de l'utérus. Les images microscopiques des coupes, tant de la tumeur utérine primaire que des métastases, correspondent exactement aux figures du mémoire de Marchand. (*Monasschr. für Geb. und Gynaekol.*, 1895, t. I.) J. B.

DUBOIS. Les gros enfants au point de vue obstétrical (*Thèse de Paris, 1897*).

Thèse basée sur l'étude de 40 observations, dont 9 inédites d'enfants pesant au-dessus de 5 kilogrammes.

Quelque extraordinaire que cela paraisse, des observations entourées de toutes garanties démontrent que le fœtus peut atteindre 6kg,500, près de 7 kilogrammes. Au-dessus de ce poids, il n'est guère possible d'admettre les faits rapportés par les auteurs.

L'âge de la mère, la prolongation de la grossesse, l'hérédité et l'atavisme paraissent être les causes les plus probables de l'excès de volume du fœtus.

L'accouchement, quelquefois facile chez des femmes grandes elles-mêmes, à large bassin est ordinairement très difficile ou impossible. Le mécanisme du travail présente des particularités très spéciales et très intéressantes.

La mortalité maternelle est élevée (1/10). Elle est due à la prolongation du travail, aux graves délabrements d'une intervention obstétricale difficile, rarement, pour ainsi dire jamais, aux hémorragies. Les femmes meurent pendant le travail ou peu de temps après. On a invoqué le choc pour expliquer les morts rapides. Peut-être sont-elles dues à la rupture utérine.

La mortalité fœtale est très élevée (1/3). Elle est expliquée par la procidence ou la compression du cordon, par la prolongation du travail, par les interventions obstétricales si souvent inopportunes et mal dirigées.

La gravité des interventions obstétricales provient de ce qu'on n'a pas diagnostiqué la nature de la dystocie. Mieux reconnue, elle indique la symphyséotomie faite à temps. Dans le cas où le volume de l'enfant n'est pas excessif relativement aux dimensions du bassin, une intervention intelligente et faite à temps doit permettre d'obvier aux dangers et aux accidents. PORAK.

LETOURNEUR. Des influences de la profession de la mère sur le poids de l'enfant (*Thèse de Paris, 1897*).

En compulsant 700 observations de la clinique de Pinard, l'auteur a établi le poids des enfants suivant la profession des mères. Il a obtenu les résultats suivants des pesées des enfants de mères qui ne se sont pas reposées pendant la grossesse :

	Professions fatigantes	Professions non fatigantes
	—	—
Primipares	2950gr,95	2946gr,82
Bipares	3126gr,27	3212gr,58
Tripares	2977gr,33	3118gr,94
Quatripares	2898gr,75	3169gr,16
Quinquipares	3456gr,25	3202gr,50
En moyenne	3081gr,91	3130gr,00

Il a obtenu les résultats suivants chez des femmes qui se sont reposées :

	Professions fatigantes	Professions non fatigantes
	—	—
Primipares.........	3198^{gr},38	3142^{gr},05
Bipares............	3338^{gr},19	3349^{gr},88
Tripares...........	3205^{gr},33	3294^{gr},06
Quatripares.........	3240^{gr},00	3329^{gr},05
Quinquipares.......	3616^{gr},66	3475^{gr},38
En moyenne........	3319^{gr},71	3318^{gr},17

L'auteur en conclut que l'enfant bénéficie de la profession non fatigante de la mère, mais encore davantage du repos de celle-ci. La société devrait donc pouvoir assurer aux femmes enceintes peu fortunées le repos pendant une partie de leur grossesse. PORAK.

COMMANDEUR. Étude sur le détroit supérieur du bassin normal dans la région lyonnaise (*Ann. de gyn., mai et juin 1897*).

Il n'existe, à proprement parler, pas de bassin présentant les caractères du bassin normal classique. Sur 94 bassins normaux, c'est-à-dire suffisants pour laisser passer la tête normale du fœtus sous l'action de la contraction utérine normale, on peut distinguer des bassins grands, des bassins moyens et des bassins petits.

Les grands bassins ont été trouvés 38 fois, soit 40 0/0. Ils présentent les formes suivantes : bassins généralement agrandis, bassin aplati, bassin à sacro-pubien dominant, bassin circulaire.

Les bassins moyens ont été trouvés 46 fois, soit 50 0/0. Ils se présentent sous la forme du bassin normal, qui, malgré cette épithète, présente cependant des différences individuelles, du bassin aplati moyen, qui est assez commun; du bassin moyen à sacro-pubien plus grand, du bassin circulaire, du bassin à obliques prédominants.

Les bassins petits sont les plus rares. On en a trouvé 10 cas, soit un peu moins de 1/10. Ils se présentent sous la forme de bassins généralement petits et de bassins à sacro-pubien conservé.

Par des transitions insensibles, le bassin suffisant présente des différences qui vont jusqu'au bassin vicié, au point qu'il est impossible d'établir une limite précise entre eux. Aussi conçoit-on très bien pourquoi les divers auteurs s'accordent mal à propos de la description du bassin normal et pourquoi ils ont donné des évaluations des divers diamètres du bassin qui ne sont pas semblables.

Si, d'après ces examens, on voulait décrire un bassin normal de la région lyonnaise, on devrait accepter un bassin à type aplati.

Enfin, presque tous les bassins sont asymétriques. Sur les 94 bassins, 52 fois l'asymétrie était légère, 26 fois elle était forte, 11 fois elle était insignifiante et 5 fois seulement elle était nulle. Calculé sur les diamètres obliques, l'oblique gauche était plus grand 48 fois et l'oblique droit 23 fois. Calculés sur la distance sacro-cotyloïdienne, la gauche était plus grande 41 fois et la droite 22 fois. Presque constamment, l'oblique et la

sacro-cotyloïdienne de même nom présentent la même variation de longueur. Deux fois seulement, tandis que l'oblique d'un côté était augmentée, c'était la sacro-cotyloïdienne de l'autre côté qui était plus grande. Ces mensurations confirment des recherches antérieures de Jaboulay et expliquent la prédominance des positions gauches sur les positions droites. PORAK.

CORININ. Étude statistique sur la durée et le pronostic de l'accouchement dans le dégagement en occipito-sacrée (*Thèse de Paris*, *1897*).

Étude basée sur 54 observations provenant de la clinique de Pinard. C'est une terminaison rare de l'accouchement par le sommet, 0,56 0/0. Elle a lieu ordinairement d'une façon spontanée, 96,23 0/0. La durée moyenne du travail chez les primipares est de 14 heures, et la période d'expulsion 2 heures 1/4 ; chez les multipares, de près de 8 heures et l'expulsion de 36 minutes. La mortalité maternelle a été nulle, et la mortalité infantile de 1,78 0/0, c'est-à-dire plus de trois fois plus considérable que normalement. PORAK.

KÖSTER. Ueber Entbindungslähmungen..... (Des paralysies obstétricales) (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, *LVIII, p. 257*, *1897*).

L'auteur rapporte les quatre cas suivants : 1° Présentation du siège, paralysie du nerf sus-scapulaire, parésie du deltoïde, guérison ; 2° version, extraction. Paralysie des nerfs sus-scapulaires, parésie des deux deltoïdes, guérison ; 3° accouchement naturel après présentation du sommet ; décollement de la tête humérale gauche six semaines après la naissance, chez un enfant syphilitique. Décollement de l'épiphyse supérieure de l'humérus droit onze semaines après la naissance, guérison ; 4° accouchement par version et extraction. Paralysie des deux nerfs radiaux par consolidation récente de fractures des deux humérus, guérison par suite de la consolidation et de la diminution des deux cols. Mort ultérieure par choléra infantile.
C. LUZET.

L. WEILLER. Contribution à l'étude des hémorragies de la délivrance dues à des plaies du canal génital (*Thèse de Nancy*, *1897*).

Presque toujours après la délivrance, l'hémorragie est d'origine utérine. Lorsqu'elle provient d'un thrombus ou d'une déchirure de l'orifice vulvaire, c'est presque toujours de veine variqueuse ou d'un vaisseau clitoridien qu'il s'agit; le diagnostic est encore facile ; le tamponnement avec et mieux sans substance hémostatique y obvie le plus souvent. L'auteur relate des observations d'hémorragies provenant du col ou de la partie supérieure du vagin. Le diagnostic devient alors plus difficile. La rétraction louable de l'utérus devra toujours y faire songer. Découvrir le point qui saigne, le comprimer, le pincer ou le suturer constituent la marche à suivre dans les indications thérapeutiques. PORAK.

E. ALBERTHUM. Vaginale Exstirpation..... (Ablation, par le vagin, d'un utérus cancéreux au 6e mois de la grossesse) (*Centralbl. f. Gyn., 10 juill. 1897*).

Chez une femme de 43 ans, multipare, enceinte de six mois et atteinte d'un cancer du col, Alberthum a procédé à l'opération suivante : Après avoir vainement essayé d'enlever par le vagin l'utérus gravide, celui-ci étant trop volumineux, il se décida à en évacuer d'abord le contenu. Pour cela, il attira fortement l'utérus en bas et incisa sa face antérieure dans une étendue de dix centimètres, à partir de l'orifice interne, et sans intéresser par conséquent le col malade. Par l'ouverture ainsi créée, il fit l'extraction du fœtus et du placenta, et put ensuite pratiquer facilement l'ablation de l'utérus. La femme guérit.

L'auteur ne connaît pas d'autre cas où cette conduite ait été tenue : elle a pourtant été indiquée comme possible par Dührssen et Obedrecht.

Dührssen va plus loin, car il conseille d'opérer d'une manière analogue à la fin même de la grossesse ; il veut ainsi sauver l'enfant, quand il vit, par l'opération césarienne vaginale, et faire ensuite l'ablation totale ; mais cette ablation à terme peut présenter de très grandes difficultés, et la voie abdominale est préférable. L'extraction par le vagin, après évacuation de l'utérus, doit être réservée aux cas où la grossesse n'a pas dépassé le 5e ou le 6e mois. CH. MAYGRIER.

I. — OLSHAUSEN. Ueber Carcinom und Schwangerschaft (*Berlin. klin. Woch., n° 22, p. 481, 31 mai 1897*).

II. — Discussion de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin (*Ibid.*).

I. — On compte encore les rares cas où l'extirpation d'un utérus cancéreux pendant la grossesse ou les couches a été suivie d'une guérison persistant au moins 3 ans. Quatre des opérées d'Olshausen se trouvent encore libres de récidive après 2 1/2, 5 3/4, 6 1/2 et 7 ans 1/2.

L'ablation vaginale de l'utérus cancéreux est la première opération à recommander, mais elle ne peut guère être faite que jusqu'au 3e ou 4e mois de la grossesse. Olshausen a enlevé 3 utérus sans les vider ; l'une des femmes était au 5me, une autre au 6me mois de la grossesse ; ce dernier utérus pesait 1,900 grammes et offrait, au niveau des trompes, une périphérie de 46 centimètres. On connaît jusqu'ici 25 cas d'extirpation d'utérus cancéreux gravides ; toutes les femmes ont survécu à leur opération.

Lorsque l'utérus est trop développé pour être enlevé par le vagin, sans être vidé de son contenu, on doit, si le fœtus n'est pas encore viable, interrompre la grossesse, puis, aussitôt après, pratiquer l'hystérectomie vaginale. Celle-ci est toujours possible immédiatement, même en cas d'accouchement à terme. Attendre l'involution, comme Olshausen le conseillait et le faisait jadis, est inutile et dangereux.

L'amputation susvaginale par la voie abdominale et l'extirpation secondaire du col par la voie basse, de même que l'extirpation totale par la voie abdominale, n'équivalent pas à l'extirpation vaginale quand il s'agit d'un enfant mort ou non viable.

Il est toujours regrettable, lorsque le fœtus n'est pas encore viable, de différer jusqu'à sa viabilité, l'opération radicale encore possible du cancer.

Lorsque le fœtus est déjà viable et que le cancer ne peut pas être enlevé radicalement, on doit recourir à l'opération césarienne conservatrice, après avoir préparé convenablement le cancer pour cette opération. Des deux femmes qu'Olshausen a opérées, mais sans avoir fait subir au cancer la préparation nécessaire, l'une est morte de septicémie. Si l'ablation radicale du cancer est encore praticable, on doit adjoindre immédiatement à l'opération césarienne, après avoir enlevé le placenta, fermé la plaie utérine et lié les artères, l'hystérectomie vaginale. Pour l'opération césarienne, l'incision à travers l'utérus doit être faite au fond de l'organe, le plus loin possible du siège du néoplasme.

Si les voies génitales sont anormalement étroites, il peut y avoir lieu de recourir à l'extirpation totale par la voie abdominale.

II. — *Mackenrodt*, qui a observé 6 cas de grossesse avec cancer, approuve entièrement les observations d'Olshausen. Chez 2 femmes, l'opération radicale était impossible ; il y eut accouchements avant terme avec enfants morts et les deux mères ne tardèrent pas à succomber à la généralisation du cancer. Chez les 4 autres, l'opération radicale était encore praticable. L'une de ces malades, entrée pour hémorragie consécutive à son avortement, subit l'hystérectomie vaginale, et est encore bien portante 4 ans après. Les 3 autres ont subi l'hystérectomie abdominale du 5e au 7e mois de leur grossesse, sans morcellement de l'utérus. L'une a été enlevée 24 heures après l'opération, par une hémorragie secondaire ; des 2 autres qui ont survécu, la première est encore en pleine santé après plus de 3 ans, tandis que l'autre offrait, 7 mois après l'hystérectomie, des accidents d'étranglement interne dû au cancer, pour lesquels M. fit l'entérectomie et un anus artificiel, mais l'anse afférente se trouvant trop courte, la femme est bientôt morte d'inanition sans récidive dans le bassin.

A. Martin accepte également en gros les conclusions d'Olshausen, mais il est d'avis que, lorsque l'opération césarienne a nécessité l'ouverture du ventre, il est préférable de pratiquer l'hystérectomie abdominale, plutôt que la vaginale. J. B.

H. SAFT. Albuminurie in der Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbett..... (Albuminurie pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches) (*Arch. f. Gyn., LI, 2*).

Les recherches de Saft ont porté sur 314 femmes enceintes, 306 en travail et 87 accouchées. Voici ses conclusions :

La fréquence de l'albuminurie pendant la grossesse est de 5,41 p. 100.

L'albuminurie n'apparaît que dans la 2e moitié de la grossesse, et c'est à la fin qu'elle est surtout observée. La quantité d'albumine peut être considérable plusieurs semaines avant le terme. L'albuminurie est plus fréquente chez les primipares (32,08 p. 100) que chez les multipares (22,6 p. 100). Elle disparaît habituellement dans les premiers jours des suites de couches et ne dure qu'exceptionnellement plus longtemps ; sa durée est plus grande chez les primipares que chez les multipares. Les lésions rénales sont également plus fréquentes chez les primipares. Les globules rouges et blancs qu'on observe dans l'urine des femmes enceintes sans albuminurie proviennent de la vessie ; on n'y rencontre des cylindres que lorsqu'il y a albuminurie. L'apparition des cylindres est indépendante

de la quantité d'albumine et n'a que peu d'influence sur la durée de la maladie. Les grossesses et accouchements multiples et l'hydramnios favorisent l'albuminurie. Les rétrécissements du bassin favorisent aussi son apparition, pendant la grossesse et l'accouchement chez les primipares, pendant le travail seulement chez les multipares. L'albuminurie est une cause fréquente d'accouchement prématuré. Le rein gravidique est une affection rénale qu'on n'observe que pendant la grossesse, qui ne s'accompagne jamais de phénomènes généraux et qui disparaît pendant les suites de couches ; elle n'a donc rien de commun avec les néphrites proprement dites. Le pronostic du rein gravidique est favorable; le danger d'une transformation en néphrite chronique est douteux. Par contre, le pronostic, lorsqu'il y a en même temps néphrite véritable, devient beaucoup plus sérieux. La cause du rein gravidique est vraisemblablement due à une anto-intoxication de l'organisme ; cette même intoxication amène les différents troubles nerveux de la grossesse. Pendant le travail, l'effort musculaire produit un nouveau trouble rénal. L'éclampsie est le résultat de la surcharge de l'organisme par les toxines ; les modifications du rein, du foie et des autres organes qu'on observe dans cette maladie n'apparaissent que secondairement. CH. MAYGRIER.

FANTON D'ANDON. Étude sur l'emploi en Amérique du veratrum viride dans le traitement de l'éclampsie puerpérale (*Thèse de Paris, 1897*).

En Amérique, il semble qu'on obtienne des résultats très remarquables dans le traitement de l'éclampsie par la teinture de veratrum viride, administrée par la bouche, par le rectum ou par la voie hypodermique. Elle détermine l'abaissement du pouls et de la température, elle diminue l'excitabilité nerveuse, elle provoque des vomissements, la transpiration et de la diurèse, elle atténue la rigidité des fibres circulaires du col utérin et favorise par conséquent l'accouchement.

On doit l'employer à haute dose (30 à 60 centigrammes) toutes les heures.

Elle est sans danger. La dépression qui résulte de ce traitement disparaît en quelques heures. PORAK.

I. — GESSNER. Geburtsstörung nach Vaginofixation (*Berlin. klin. Woch., n° 52, p. 1160, 28 déc. 1896*).

II. — URBAN. Opération césarienne nécessitée par une hystéropexie vaginale (*Ibid., n° 50, p. 1124, 14 déc. 1896*).

I. — 1° Femme ayant été opérée, dans le service, d'un prolapsus avec hystéropexie vaginale simultanée. Apparition de troubles caractéristiques dans la période de dilatation du col. Procidence du cordon au moment de la rupture de la poche. Version et incisions du tissu cicatriciel ; enfant vivant.

2° Femme à laquelle Dührssen avait pratiqué l'hystéropexie vaginale. Outre les troubles dystociques typiques, la vessie était fortement déviée à gauche et il existait une insertion vicieuse centrale du placenta ; quatre heures après la version, accouchement spontané d'un enfant mort; phlegmon des ligaments larges pendant les couches.

II. — Multipare de 30 ans ayant subi l'hystéropexie vaginale pour rétro-

flexion. Le fond de l'utérus était fixé au-dessus de la symphyse par un tissu cicatriciel résistant et le col était dirigé vers le promontoire. L'opération césarienne fut faite à cause de la rupture menaçante de l'utérus. Enfant vivant; femme guérie sans incidents. J. B.

P. VERGELY. Fièvre dans les suites de couches, somnolence et apathie dues à l'insuffisance hépatique (*Soc. de méd., Bordeaux, 1er mai 1897*).

V. montre par l'observation suivante que dans bien des cas les accidents des suites de couches ne relèvent pas d'une affection utérine mais de troubles gastro-intestinaux qui provoquent de véritables infections.

Femme de 38 ans. Troubles digestifs fréquents. 2e grossesse avec embarras gastrique fréquent dans les derniers mois. Accouchement long, mais normal. Les jours suivants, perte d'appétit, faiblesse, somnolence profonde; au 15e jour, accès de fièvre 39°,5; anéantissement profond. Pas de lésion interne, pas de pertes fétides. Teint de cire, pouls petit, dépressible, estomac distendu, foie hypertrophié. Urines rouges avec albumine, sucre et indican. Hémorragie utérine d'un sang noir, visqueux à la suite d'un examen qui ne révèle aucun trouble de l'appareil utérin.

Cet état d'apathie et de somnolence disparut graduellement sous l'influence d'antiseptiques intestinaux, d'iodure, de toniques. Les urines revenaient peu à peu à la normale.

V. incline à penser que les accidents dans ce cas relèvent d'une intoxication due à l'insuffisance hépatique. A. CARTAZ.

A. KYNOCH. A case of tuberculosis of the placenta (*The Scottish med. and surg. Journ., p. 1018, nov. 1897*).

La malade âgée de 28 ans, mariée depuis 4 ans, avait eu un enfant deux ans avant son entrée à l'hôpital. Depuis six semaines elle se plaint de faiblesse, de toux, de mal de gorge : sa température est à 38°8, son pouls à 108 : on trouve des craquements humides aux deux sommets des poumons : la malade succombe au bout de 14 jours, avec tous les signes d'une tuberculose aiguë.

A l'autopsie, on trouve des tubercules sur le foie, les poumons, le péritoine.

Les deux trompes de Fallope sont distendues par de la matière caséeuse, et adhèrent aux côtés de l'utérus : une légère pression sur la trompe permet l'écoulement par le pavillon de la matière caséeuse : la surface interne des trompes est ulcérée, et les parois sont fort épaissies.

L'utérus contient un fœtus de 3 mois, et le placenta est attaché à la paroi antérieure de l'utérus, et sur la surface fœtale on trouve des tubercules gris, non caséeux, très nombreux. Les 2 ovaires contenaient une petite cavité remplie d'une matière caséeuse semi-fluide dans laquelle la présence de bacilles fut décelée. Les organes du fœtus ne présentent aucun signe de tuberculose.

Le siège primitif de la maladie parait être les trompes de Fallope, et la conception a dû se produire dans les premiers temps de l'infection, avant que les trompes fussent oblitérées. Le cas est intéressant au point de vue de la possibilité de la transmission directe de la tuberculose de la mère à l'enfant. P. MAUBRAC.

S.-W. ROBINSON. Death of fœtus in utero from gunshot wound (Mort d'un fœtus dans l'utérus par coup de feu : guérison de la mère) (*The Lancet, p. 1046, 23 oct. 1897*).

Le 25 août 1894, une femme de 18 ans, enceinte de 8 mois, est frappée par une balle, tirée à une distance de 3 mètres : la balle pénètre dans l'abdomen, un peu à droite et au-dessous de l'ombilic : hémorragie très légère. Une heure après l'accident, le travail commença, et la malade fut délivrée à l'aide du forceps.

L'hémorragie qui suivit aussitôt nécessita l'introduction dans l'utérus de la main, qui perçut nettement une ouverture dans la paroi antérieure de l'utérus, avec une partie des membranes engagées dans cette ouverture où elles étaient fortement pincées. On ne fit aucune tentative pour le libérer, mais les membranes furent déchirées au ras de la paroi utérine, et le placenta fut extrait avec la main : lavage de l'utérus avec une solution chaude de créoline.

L'examen du fœtus, presque à terme, montra que la balle avait pénétré au niveau de l'épaule droite, et était sortie dans la région iliaque gauche : la balle fut retrouvée dans les débris de caillots ; elle n'avait donc fait qu'une seule blessure à l'utérus.

L'utérus est irrigué 2 fois par jour avec une solution de créoline et la guérison se poursuit sans incident.

En 1895, la blessée donna naissance à un enfant vivant : l'accouchement se fit sans difficulté.

P. MAUBRAC.

A. HADOT. Du curage digital dans l'avortement (*Thèse de Nancy, 1897*).

Thèse documentée au point de vue de l'historique sur le curage digital dans le traitement de l'avortement incomplet. Lorsqu'il est possible, il constitue toujours la méthode de choix. Vingt-sept observations inédites suivies toutes de guérison viennent à l'appui de cette conclusion. Mais s'il n'est pas possible, que faire ? L'auteur ne répond pas à cette question.

PORAK.

GILLES. Grossesse ectopique; fœtus en décomposition; élytrotomie (*Ann. Soc. belge chir., 15 juin 1897*).

Multipare de 42 ans, enceinte de huit mois environ. Depuis quelques jours, fièvre, pertes sanguines fétides ; tumeur dure dans le cul-de-sac postérieur. Deux semaines plus tard, aggravation de l'état général et les signes perçus par la palpation abdominale et le toucher vaginal ne laissent pas de doute sur l'existence d'une grossesse ectopique avec fœtus en décomposition.

L'élytrotomie est pratiquée. Issue de matières putréfiées, de masses fœtales et du placenta. Lavages antiseptiques. Guérison sans incident. Le pouls s'est maintenu assez longtemps entre 110 et 120 pulsations.

OZENNE.

MALADIES DES ENFANTS.

W. STOELTZNER. Blutalkalescenz an rachitischen und nichtrachitischen Kindern (Alcalinité du sang chez les enfants rachitiques et non rachitiques) (*Jahrb. f. Kind., XLV, p. 29*).

L'alcalinité du sang est très variable chez les enfants sans maladie générale. Elle est, en général, au-dessous de celle des adultes sains, mais non d'une façon constante. Le chiffre le plus bas qui ait été rencontré est 354 chez une fillette de 12 ans atteinte de fièvre typhoïde grave à la période de rémission. Le chiffre le plus élevé fut de 468 chez un enfant de 4 ans 1/2, mal nourri, fiévreux depuis dix jours, souffrant de tuberculose vertébrale, de coqueluche, de rachitisme prononcé. Une alcalinité très élevée ou très basse peut donc coïncider avec la fièvre. La dépendance avec une bonne ou une mauvaise alimentation est fort irrégulière. Mêmes divergences dans le taux de l'alcalinité recherchée d'une part chez des enfants qui maigrissent et des enfants qui engraissent régulièrement. Pas d'influence du rachitisme sur l'alcalinité. Les enfants atteints de coqueluche ont tous donné des chiffres assez élevés, peut-être à cause des vomissements. Des vomissements répétés élèvent toujours, en effet, l'alcalinité. En terminant, S. insiste sur l'importance de la non augmentation de l'alcalinité du sang dans le rachitisme au point de vue des théories sur cette affection. A.-F. PLICQUE.

HUTINEL et AUSCHER. Note sur deux cas de rachitisme tardif familial avec paralysie progressive (*Soc. méd. des hôp., 16 juill. 1897*).

Une fille de 19 ans mesure $1^{m},41$; depuis 2 ans elle a commencé à se fatiguer en marchant, d'abord aux chevilles, puis aux genoux; c'est alors que les jambes commencèrent à se dévier. Il existe un double genu valgum très prononcé; les mortaises tibio-tarsiennes sont boursouflées; les poignets gros; les côtes ont un chapelet très marqué. Les muscles des membres sont très maigres et masqués par une adipose notable; l'amyotrophie est généralisée; la malade marche très difficilement, les jambes et les bras écartés et l'affaiblissement a fait des progrès réguliers depuis 2 ans. Il n'y a pas de modifications qualitatives de l'excitation galvanique des nerfs et des muscles. La radiographie montre la persistance du cartilage de conjugaison au-dessus des condyles fémoraux, du plateau tibial des épiphyses tibiales et péronières inférieures, radiales et cubitales inférieures. Dans son enfance (nourrie au sein) il n'y avait eu aucune trace de rachitisme.

Une sœur âgée de 14 ans 1/2 présente, depuis plus d'un an, des déformations et des troubles analogues dans la locomotion; une sœur de 8 ans 1/2 a un léger degré de rachitisme. Les auteurs rattachent la paraplégie de l'aînée à une lésion médullaire indéterminée. H. L.

RITTER. Ueber Scrofulose (*Berlin. klin. Woch.*, *p. 608, 12 juill. 1897*).

Dans 19 autopsies d'enfants scrofuleux, Ritter a examiné, sous le microscope, tous les ganglions lymphatiques et pratiqué des inoculations avec leur contenu sur des animaux. Une seule fois, il a constaté quelques rares bacilles tuberculeux ; il s'agissait d'un enfant qui, à la suite d'une coqueluche grave, présentait des symptômes de tuberculose pulmonaire.

Il a soumis ensuite à l'examen microscopique 129 eczémas scrofuleux sans trouver de bacilles tuberculeux dans aucun.

Il a de même examiné les produits de curetages de 42 ganglions cervicaux abcédés et 13 paquets ganglionnaires extirpés. Dans 3 cas, qui, malgré l'existence en apparence récente de la diathèse scrofuleuse, avaient déjà donné lieu, outre les adénites, à des altérations osseuses considérables, le résultat bactériologique a été positif, mais les bacilles tuberculeux n'étaient toujours que très clairsemés.

Chez 23 enfants présentant des suppurations aiguës multiples du tissu sous-cutané, le pus ne renfermait jamais de bacilles tuberculeux.

5 abcès froids à pus séreux ont fourni aussi un résultat négatif, tandis qu'il a été positif pour 7 abcès à pus caséeux.

Chez aucun de 138 enfants scrofuleux, les sécrétions catarrhales du nez, des oreilles et des yeux ne contenaient de germes virulents.

Ritter conclut qu'au stade initial de la scrofulose, on ne trouve jamais de bacilles tuberculeux ; ceux-ci effectuent timidement leur invasion au fur et à mesure des progrès de la maladie. Donc le bacille tuberculeux ne peut être l'agent causal de la scrofule.

Scrofulose et tuberculose, malgré leur proche parenté, sont deux maladies différentes au fond, bien que la première prépare souvent le terrain pour la seconde.

J. B.

I. — Ch. RICHET. La mortalité et la sérothérapie dans la diphtérie (*Rev. scientif. 17 juill. 1897*).

II. — G. ENGELHARDT. La diphtérie à Marseille (*Thèse de Paris*, *1897*).

I. — Intéressante revue où R. montre par une série de tableaux graphiques l'heureuse influence de la sérothérapie sur l'évolution et la mortalité de la diphtérie. La mortalité annuelle était en :

1865 de	945	1890 de......	1668
1870 —	881	1891 —	1361
1875 —	1328	1892 —	1403
1880 —	2048	1893 —	1192
1881 —	2241	1894 —	982
1882 —	2244	1895 —	440
1885 —	1655	1896 —	423

Depuis 1894, l'emploi de la sérothérapie a fait tomber le chiffre au-dessous de celui de 1867 alors que la population était bien moins nombreuse.

En prenant la mortalité par admission dans les hôpitaux, le chiffre des décès qui, en 1893, était de 45 0/0 est tombé en 1895-96 à 15 0/0.

II. — Etude statistique sur la morbidité et la mortalité comparées à Marseille depuis un certain nombre d'années. L'introduction du traitement par le sérum a modifié d'une façon très heureuse la mortalité qui est tombée de 82 à 28 et 17 pour cent mille habitants. A. CARTAZ.

G.-F. STILL. Posterior basic meningitis of infants (*The Lancet, p. 1048, 23 oct. 1897*).

Still a examiné au point de vue bactériologique sept cas consécutifs de méningite basique postérieure, et a trouvé un microorganisme, toujours le même. Des cultures pures ont pu être obtenues avec du liquide pris dans chacun des ventricules latéraux, chez un enfant qui avait été malade durant 3 mois.

L'organisme est un diplocoque, plus petit que le pneumocoque, et se retrouve soit dans les cellules, soit le plus souvent dans les exsudats flottant dans le liquide épanché ; il ne possède pas de capsule, se colore aisément, mais est décoloré par le Gram. Il se développe à la température *optima* de 37°, sur la glycérine, surtout sur l'agar-agar, où il forme des colonies légèrement élevées, grisâtres, plus épaisses et plus opaques que les colonies de pneumocoque, dont il diffère aussi en ce qu'il ne coagule pas le lait ; il se développe bien dans le bouillon, mais lentement dans le sérum ; sa vitalité est de 30 à 40 jours.

Ce diplocoque n'a jamais été rencontré dans le sang durant la vie ; les injections sous-cutanées ont été faites chez la souris, le lapin, le cobaye, mais sans résultat ; l'injection intrapéritonéale n'a point tué le cobaye.

Still rapproche ce diplocoque du diplocoque intracellulaire décrit par Weichselbaum au sujet de la méningite cérébro-spinale épidémique ; il en diffère cependant par sa croissance dans le bouillon, et son absence de pouvoir toxique pour le lapin ou le cobaye. Mais ce sont là des différences assez légères, et Still regarde les cas qu'il a observés comme des cas sporadiques de la même maladie que la méningite cérébrospinale épidémique. P. MAUBRAC.

KRATTER et BÖHMING. Ein freier Gehirncysticercus..... (Cysticerque cérébral libre, cause de mort subite) (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat., XXI, p. 25*).

Un enfant sain de 13 ans, meurt subitement. L'autopsie, ordonnée par l'autorité, démontre la présence dans la partie postérieure dilatée du 3e ventricule, d'une vésicule libre placée en cet endroit. Les seuls symptômes relevés par l'interrogatoire de la mère sont des secousses de la face notées pendant les derniers 6 mois et des douleurs de tête passagères 3 semaines avant la mort. Les accidents terminaux ont duré 3 heures (céphalée intense, vomissements, convulsions, puis perte de connaissance et coma). C. LUZET.

PELIZAEUS. Fall von eigenthümlicher progressiver Atrophie (*Berlin. klin. Woch., n° 28, p. 609, 12 juill. 1897*).

Pelizaeus ne connaît pas de fait analogue au suivant :

Fillette de 5 ans, née de parents bien portants ; début des troubles mor-

bides en septembre 1895 par de l'affaiblissement du membre inférieur gauche, sans rien de visible. En avril 1896, affaiblissement, raideur et maladresse du membre supérieur gauche.

État actuel : Atrophie de tout le membre inférieur gauche, plus marquée à la jambe, où elle s'offre sous forme de larges bandes rougeâtres ou brunes ; la peau très dure est collée sur les parties sous-jacentes ; le pied, un peu équin, est à peine mobile, tant à cause de la rétraction des téguments que de celle des ligaments articulaires. La musculature de la jambe est nettement réduite de volume en même temps qu'augmentée de consistance ; le tendon d'Achille est extrêmement tendu. A la face antérieure de la cuisse, se voient plusieurs point déprimés et blanchâtres correspondant à des régions où la peau est atrophiée ; tous les muscles fémoraux sont rénitents, le genou ne peut être complètement étendu et les tendons de sa face postérieure forment des cordons rigides. Dans la station debout, l'enfant ne touche le sol que par la pointe du pied. L'avant-bras gauche est manifestement plus lourd et plus faible que le droit. L'altération tégumentaire, encore peu développée, s'y montre, sur les deux faces, sous forme de plaques transversales, appréciables les unes à la vue, les autres au palper. Au niveau du pli du coude, la peau est compacte. Les muscles sont tous durs au toucher ; les mouvements des doigts sont entravés par la contracture des tendons des fléchisseurs, spécialement de ceux du médius et, à un degré moindre, de l'annulaire. Les articulations digitales sont contractées en flexion à angle obtus. Rien de visible au niveau du bras qui est un peu moins fort et un peu plus rénitent qu'à droite. Liberté des mouvements du coude et de l'épaule. Il s'agit donc d'une paralysie spasmodique progressive, qui s'est étendue de la jambe à la main correspondante, avec sclérose et atrophie non seulement de la peau, mais encore des aponévroses, ligaments articulaires et muscles. Ce qui différencie ce cas des paralysies spasmodiques ordinaires, c'est que les réflexes tendineux ne sont pas exagérés du côté malade. L'excitabilité électrique est amoindrie pour les 2 ordres de courants.

Pelizaeus relève les analogies que présente cette maladie, d'une part avec l'hémiatrophie progressive de la face, d'autre part avec la sclérodermie. J. B.

KAHLDEN. Ueber Klappenhämatom des Herzens (Sur l'hématome valvulaire du cœur) (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat., XXI, p. 288, 1897*).

Enfant d'un an, mort de tuberculose miliaire. A l'autopsie, on trouve sur la valve postérieure de la mitrale, un prolongement globulaire, grisâtre, vésiculeux, de 12 millimètres d'avant en arrière sur 13 et 14 de largeur; à son point d'attache sur la valvule il a 4 à 5 millimètres. Pas d'altération inflammatoire de la valvule mitrale; valvule tricuspide saine. Cette cavité ne communique nulle part avec la cavité du cœur. La tumeur a été formée par la séparation des deux feuillets de l'endocarde et résorption consécutive du sang. Il faut donc, dans ce cas, éliminer complètement l'endocardite fœtale. C. LUZET.

BRAQUEHAYE et SABRAZÈS. Hypertrophie congénitale et progressive des deux glandes sublinguales chez un enfant nouveau-né (*Rev. des mal. de l'enf., sept. 1897*).

Un enfant né à terme présente au bout de quelques jours des difficultés pour téter. Il y avait alors une tumeur bilatérale sous la langue ; à l'âge de 6 mois les tétées devenaient de plus en plus difficiles et la tumeur grossissait; celle-ci était formée de deux masses symétriques, accolées sur la ligne

médiane, séparées en avant par les canaux de Wharton; on enleva ces tumeurs, ayant l'aspect de glandes en grappes entourées par une gaine celluleuse; chacune d'elles avait le volume d'une amande; l'histologie montra que la structure normale n'est pas sensiblement modifiée et ne permet pas de donner une explication rationnelle positive de cette hypertrophie congénitale.

H. LEROUX.

J. LEMAISTRE. De l'œsophagotomie externe chez les enfants à la mamelle (*Journ. de clin. et de thérap. infantiles, n° 23, 1897*).

Enfant de 6 mois qui avale une broche en plomb de 32 millimètres de long sur 12 de large ; accidents d'étouffement, envie de vomir et, les jours suivants, dépérissement. L. l'examine le 12e jour, ne sent rien à la palpation du cou, mais le doigt rencontre profondément des aspérités. Impossible d'extraire le corps étranger. Œsophagotomie externe en faisant l'incision au thermocautère pour éviter une perte de sang, vu l'état de faiblesse. La broche est fixée au niveau du cricoïde ; suture de l'œsophage qui n'est pas ulcéré ni enflammé. Guérison rapide ; pendant les premiers jours, le lait ingéré coulait un peu par la plaie du cou.

L. rappelle les observations antérieures (voy. *R. S. M.*, XVII, 604), discute les indications et la technique opératoire spéciale à cet âge.

A. CARTAZ.

HIBBARD. A case of gastric ulcer in a child (*Boston med. surg. Journ., 19 août 1897*).

A l'autopsie d'une petite fille de 3 mois, H. trouvait sur la région postérieure de l'estomac, non loin de l'orifice pylorique, un ulcère rond de 5 centimètres de diamètre dont les bords taillés à pic d'un côté se confondaient peu à peu de l'autre côté avec la membrane muqueuse. Dans la sous-muqueuse, l'infiltration cellulaire était considérable de même que l'accumulation de cellules dans les vaisseaux. En diverses places sous la membrane muqueuse avoisinant l'ulcération, il existait des thrombus hyalins très distincts dans les parois des vaisseaux sanguins. Cependant, H. n'ose affirmer qu'il s'agisse dans ce cas d'un ulcère gastrique chronique type, car la petite malade en traitement dans un hôpital de diphtéritiques avait de nombreux bacilles de Lœffler dans la cavité buccale, d'où cette conclusion que l'ulcère pourrait être ici une détermination gastrique de la diphtérie. CART.

DOTÉZAC. Essai sur l'emploi des injections sous-cutanées de sérum artificiel dans le traitement des gastro-entérites cholériformes des nourrissons (*Thèse de Bordeaux, 1896*).

L'auteur prouve par ses observations les bons effets de ce traitement dont il recherche le mode d'action. Outre les modifications connues produites sur le pouls, la tension, les sécrétions, l'auteur étudie de très près l'influence de l'injection de sérum sur la température et démontre que dès les instants qui suivent l'injection, la température centrale trop élevé baisse au profit de la température périphérique : d'où rétablissement de l'équilibre thermique comme action primitive. De plus, bien que la température remonte 3 heures environ après, il est sûr que les injections répé-

tées deux fois par jour ont pour effet d'abaisser la courbe générale. Cette étude de l'effet du sérum sur la température constitue le chapitre important du travail.

La discussion des diverses formules du liquide à employer, l'indication du manuel opératoire et diverses autres questions complètent ce travail.

A. DONNADIEU.

Zur Kenntniss der Gastroenteritis im Sauglingsalter (La gastro-entérite du nouveau-né) : I. — CZERNY. L'intoxication. II. — KELLER. L'élimination d'ammoniaque. III. — GROSZ. L'assimilation. IV. — LANGE et BEREND. L'assimilation de l'albumine (*Jahrb. für Kinderh.*, *XLIV*, *p. 15*, *25*, *339*, *389*).

I. — Czerny étudie le rôle de l'intoxication dans la gastroentérite du nouveau-né. Il insiste sur la suralimentation par le lait soit de femme, soit artificiel. Nombre des accidents : insomnie, pâleur, anorexie, fétidité des selles disparaissent dès qu'on supprime cet excès d'alimentation.

Le lait non putréfié n'est pas toxique. Le lait, d'autre part, ne semble pas se putréfier dans l'intestin. C'est aux dépens du produit des glandes intestinales et non du lait que se développent les produits de putréfaction. Comment donc expliquer la toxicité du lait en excès? Czerny pense que cet excès des matières albuminoïdes dans l'intestin amène la formation de produits acides qui diminuent l'alcalinité du sang. Le foie particulièrement s'atrophie sous l'influence de cette intoxication.

II. — Keller a étudié l'élimination de l'ammoniaque chez les enfants athreptiques. Cette élimination serait proportionnelle à la formation d'acide en excès et à la dégénérescence graisseuse du foie entraînée par ces acides. Dans un seul cas où l'ammoniaque n'était pas augmenté, le foie était normal.

III. — Grosz a dosé parallèlement l'azote des ingesta, celui des selles, celui des urines. L'absorption d'azote est plus grande avec le lait maternel, avec des têtées espacées. L'azote des selles augmente très notablement chez les enfants dyspeptiques beaucoup plus que l'azote de l'urine.

IV. — Lange et Berend insistent sur la supériorité du lait maternel plus complètement utilisé et donnant une quantité de selles six fois moindre que le lait artificiel.

La quantité d'azote ingérée dans les aliments et qui ne se retrouve ni dans les selles, ni dans les urines semble servir à la substance des tissus nouveaux.

A.-F. PLICQUE.

J. FRIEDJUNG. Tannalbin bei Darmerkrankungen der Kinder (La tannalbine dans les affections intestinales de l'enfant (*Jarhrb. f. Kind.*, *XLV*, *p. 45*).

La tannalbine, composé de tannin et d'albumine chauffés plusieurs heures à 110 degrés est inattaquable par le suc gastrique. Dans l'intestin, au contraire, l'albumine se dissout et le tannin agit sur la muqueuse comme astringent. A la dose de 0gr,25, trois fois par jour chez les tout jeunes enfants; de 0gr,50, trois fois par jour chez les enfants de plus

d'un an, cette préparation s'est montrée très bien supportée et entièrement inoffensive. Elle n'agit pas dans les dyspepsies. Elle agit bien dans les entérites catarrhales, beaucoup moins dans les entérites chroniques avec inflammation de la muqueuse. Elle mérite pourtant d'être essayée dans la diarrhée des tuberculeux. L'action de la tannalbine est un peu lente et se fait attendre deux à trois jours. Il est utile d'en continuer l'emploi un peu après la cessation de la diarrhée. A.-F. PLICQUE.

PIDANCET. Contribution à l'étude de la cirrhose infectieuse chez l'enfant (*Thèse de Nancy, 1897*).

La cirrhose consécutive aux maladies infectieuses est rare chez l'enfant. Elle succède le plus souvent à la scarlatine ; l'auteur en rapporte un cas inédit.

Il a constaté, dans deux cas, des lésions de cirrhose mixte, rappelant celles que l'on obtient sur les animaux à l'aide de poisons microbiens.

L'insuffisance hépatique se traduit par quatre grands symptômes : pâleur, œdèmes, hémorragies, urobilinurie. Souvent il y a aussi insuffisance urinaire. H. LEROUX.

P. VERGELY. Acétonurie, diacéturie et acide oxybutyrique B dans les troubles gastro-intestinaux des enfants et des jeunes gens (*Arch. clin. Bordeaux, août 1897*).

Dans ce travail intéressant, V. montre par une série d'observations que certains états pyrétiques mal définis des enfants et des adolescents tiennent à des troubles provoqués dans les voies digestives par la production d'acétone, d'acide diacétique ou d'acide oxybutyrique B.

L'analyse des urines fait constater la présence de ces éléments en très grande quantité et on peut être mis sur la voie du diagnostic par l'odeur spéciale de l'haleine qui rappelle celle des diabétiques.

V. pense que ces produits se forment dans le tube digestif par l'action de microorganismes sur les substances albuminoïdes et sucrées de la masse alimentaire. Chez les inanitiés, l'arrivée dans le sang de substances albuminoïdes et de la graisse par le fait de l'autophagisme peut être le point de départ de la formation de ces produits acétonuriques.

La diète carnée doit être proscrite et les hydrates de carbone doivent être les aliments de la période aiguë, en s'aidant des évacuants, des alcalins. A. CARTAZ.

Leonard GAMBLE. Melœna neonatorum (*Brit. med. Journ., p. 216, 24 juill. 1897*).

Le cas suivant est un exemple rare de guérison de cette maladie grave qui s'appelle le melœna des nouveau-nés. Enfant bien constitué, né dans de bonnes conditions, sans tare hémophilique héréditaire. 24 heures après sa naissance, agitation, malaise et pâleur, vomissement légèrement teinté de sang. Anurie, écoulement de sang presque continuel par l'anus, en quantité relativement considérable. Injections infructueuses d'ergotine; administration de la térébenthine à l'intérieur sans effet. L'enfant est moribond quand on lui administre une cuillerée à café d'une solution concentrée de perchlorure de

fer qui arrête l'hémorragie. On nourrit l'enfant par voie rectale, en lui injectant, toutes les heures, le sixième d'un œuf mélangé à de la liqueur pancréatique. Malgré un retour de mœlena, qui cède à une nouvelle administration de perchlorure de fer, l'enfant finit par guérir. H. R.

I. — LEBRUN. Imperforation de l'anus, abouchement anormal du rectum à la paroi postérieure du vagin (*Ann. Soc. belge chir.*, *15 mars 1897*).

II. — Le même. Absence congénitale du rectum (*Ibid*).

III. — LAFARELLE et O'ZOUX. Imperforation du rectum (*Journ. méd. Bordeaux*, *23 mai 1897*).

I. — L'intérêt principal de ce fait réside dans le siège de l'abouchement du rectum, qui avait lieu à un centimètre et demi au-dessus de l'hymen à la paroi postérieure du vagin. L'enfant, âgée de 7 mois, ne rendait que difficilement ses matières, consistantes et rubanées, par le canal vaginal qui ne communiquait avec le rectum que par un orifice étroit. Il n'existait au périnée aucune trace d'anus.

Une sonde métallique étant introduite dans le rectum par le vagin, l'auteur a incisé le périnée jusqu'au bec de la sonde et a essayé d'attirer le rectum en bas, mais des adhérences au vagin s'y opposant, il a dû inciser la paroi postérieure du vagin jusqu'à l'orifice de communication, puis le rectum libéré au-dessus, il l'a attiré et fixé au périnée. Une périnéorraphie a terminé l'opération, dont les suites ont été excellentes.

II. — Enfant de 3 jours fortement ictérique. Ventre ballonné ; vomissements jaunâtres depuis 24 heures ; anus imperforé. On constate, en outre d'une dépression où devrait se trouver l'anus, un rapprochement anormal des tubérosités de l'ischion, ce qui fait penser à une absence du rectum sur une étendue plus ou moins grande.

Après avoir fait une opération antéro-postérieure sur la ligne médiane, en contournant la dépression anale qui a été isolée, l'auteur ayant remarqué que cette dépression tenait à un pédicule cellulo-vasculaire, qui s'enfonçait dans l'épaisseur du périnée vers la cavité du petit bassin, a disséqué les tissus, couche par couche, en ménageant ce pédicule et, en se guidant sur lui, il est arrivé à une profondeur de 5 centimètres et demi, jusqu'au cul-de-sac intestinal sur lequel adhérait le pédicule. Ce cul-de-sac a été ensuite attiré jusqu'au périnée, incisé largement, vidé de son méconium et fixé à la plaie cutanée. Suites simples : selles faciles et normales.

III. — Enfant né à terme présentant une imperforation du rectum. L'anus s'offrait sous la forme d'un cul-de-sac d'un demi-centimètre de profondeur. Le troisième jour de la naissance, l'extrémité inférieure du rectum est en vain recherchée, à travers le périnée, jusqu'à une profondeur de 10 centimètres. On tente alors de créer un anus artificiel sur le colon iliaque qui ne peut être attiré au dehors. Le doigt constate que l'anus se termine par une ampoule ovoïde, rénitente et dilatée, à travers une déchirure de la plaie périnéale ; cette ampoule est attirée avec difficulté et ponctionnée ; il ne s'en échappe que des gaz et qu'un peu de matière jaunâtre. Sur l'S iliaque attiré par la plaie abdominale, même manœuvre et même ponction avec résultat à peu près nul. Mort six heures après l'opération qui avait duré deux heures sous le chloroforme. A l'autopsie, on constate que l'anse iliaque ne possédait pas de mésocolon, ce qui expliquait la difficulté pour l'attirer au dehors, et qu'elle se terminait brusquement par une cavité ampullaire, dont elle était séparée par un véritable étranglement. L'ampoule présentait à sa partie postéro-inférieure un pédicule qui s'attachait sur la face antérieure du sacrum. OZENNE.

John CAMPBELL. Ablation d'un kyste de l'abdomen chez un enfant de 7 mois : guérison (*Brit. med. Journ., p. 1217, 15 mai 1897*).

Fille de 7 mois. Vers l'âge de 4 mois, sa mère s'aperçut de l'existence d'une tuméfaction abdominale déterminant des accès intermittents de violentes coliques. On trouvait dans le ventre une tumeur lobulée, plus proéminente à gauche, de consistance dure dans la moitié supérieure, fluctuante dans sa partie inférieure, mate à la percussion ; la respiration était gênée, l'état général bon.

Laparotomie médiane. La tumeur rétropéritonéale est extirpée après ponction ; elle ne présente pas de pédicule et est en rapport avec le rein gauche qui est mobile. Suites opératoires normales. L'enfant, revu 4 mois après, est en excellente santé.

L'examen de la tumeur montra l'existence d'une partie kystique renfermant un liquide clair et d'une partie solide contenant du cartilage et une pièce osseuse; mais on ne peut découvrir aux dépens de quel organe la tumeur s'était développée. J. VANVERTS.

A. BLUM. De la cure radicale de la hernie inguinale non étranglée chez les nourrissons (*Thèse de Nancy, 1897*).

L'auteur a pu réunir 92 cas de cure radicale de hernie inguinale, non étranglée, chez le nourrisson.

Il conseille cette opération quand le port d'un bandage n'a pas amené la guérison, quand la hernie est douloureuse ou quand elle est irréductible. La mortalité opératoire est de 4,3 0/0 ; la récidive de 6 0/0.

J. VANVERTS.

DUCAMP D'ORGAS. La lithiase rénale dans la première enfance (*Thèse de Paris, 1897*).

Sur 170 autopsies, l'auteur a trouvé 40 fois la lithiase, soit plus de un sur cinq, dont 28 garçons et 12 filles; 30 cas étaient entre 4 et 8 mois; 3 seulement au-dessus de 1 an. Sur ces 40 cas, il y eut 18 morts par gastro-entérite, 11 par broncho-pneumonie, 6 par athrepsie, 5 par tuberculose, hérédosyphilis ou ictère neonatorum. Il y a donc une relation de cause à effet entre les troubles de nutrition et la lithiase. H. L.

CAPITAN et CROISIER. Un cas d'obésité chez un enfant de 4 ans (*Méd. moderne, 29 sept. 1897*).

L'enfant âgé de 4 ans et 4 mois avait une circonférence abdominale mesurant 1^{m},08, les bras mesuraient 60 et 61 centimètres. La hauteur est de 1^{m},08. Il pesait 10 livres à sa naissance, augmentait de 4 livres par mois la première année.

Intelligence très développée, force musculaire affaiblie. Il n'a pas d'antécédents héréditaires d'obésité.

Le cœur volumineux est très élargi. H. LEROUX.

FRIEDMAN. Two cases of trismus nascentium successfully treated by tetanus antitoxin (*Journ. Amer. med. Ass., 9 oct. 1897*).

Dans 2 cas de tétanos des nouveau-nés, affection qui jusqu'ici s'est toujours montrée fatale, F. a pratiqué des injections de sérum antitétanique : chez une fille de 10 jours et chez un garçon de 4 jours, avec guérison dans les deux cas. CART.

HILDEBRAND. Ungewöhnlicher Fall von Schiefhals (*Berlin. klin. Woch., n° 22, p. 483, 31 mai 1897*).

Enfant de 4 semaines, né en présentation pelvienne et ayant un torticolis congénital. Les deux sterno-mastoïdiens étaient le siège de tumeurs dures, grosses comme des noix, qui furent extirpées. Il s'agissait de masses ne présentant pas de vestiges de pigment sanguin et constituées par du tissu conjonctif; extérieurement, seulement, se voyaient des fibres musculaires, et, intérieuremement, des cellules fusiformes et rondes et un tissu cellulaire extrêmement dense.

L'enfant ayant succombé à une bronchopneumonie, on put en faire l'autopsie qui ne fournit aucune explication de l'origine de ces tumeurs. Il n'y avait pas trace de syphilis. L'âge du tissu conjonctif qui formait ces tumeurs et l'absence de pigment sanguin ne permettent pas d'accepter l'origine traumatique admise par les accoucheurs. D'autre part, l'hypothèse de l'ischémie de Mikulicz est peu vraisemblable. H. incline à admettre une infection par des plaies minuscules. J. B.

Léon BERNARD. La rougeole à l'hôpital des Enfants malades en 1896 (*Soc. méd. des hôp., 23 juill. 1897*).

Dans ce travail de statistique portant sur 483 malades, dont 104 moururent (21,5 0/0), l'auteur insiste : 1° sur la fréquence de la broncho-pneumonie, 77 cas sur 104, sur l'influence de l'âge, quant à la mortalité; 2° sur la fréquence de l'adénopathie ; elle est tellement constante qu'on doit la considérer comme un des symptômes de la rougeole. Dans 196 cas elle était généralisée ; les ganglions sont tantôt petits, tantôt énormes, ceux-ci doivent être considérés comme suspects et tuberculisables, sinon tuberculeux. H. L.

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

HALLOPEAU. Des toxines en dermatologie (*Ann. de derm., VIII, p. 992*).

L'auteur définit la toxine toute substance morbifique produite par des êtres vivants. Les toxines peuvent être exogènes, endogénes et d'origine mixte. Les toxines exogènes peuvent être d'origine animale ; parmi ces toxines sont

les venins qui se rapprochent des toxines sécrétées par des microbes pathogènes : ce sont des ferments solubles. Elles peuvent être aussi d'origine végétale, par exemple, celles qui sont fournies par les champignons des teignes. Les toxines endogènes peuvent provenir du fonctionnement des cellules de l'organisme ; ce sont des produits normaux qui deviennent nocifs par leur production en quantité exagérée ou par leur altération sous l'influence, soit d'une prédisposition héréditaire ou acquise, soit d'une altération passagère ou durable du milieu interne que constituent les humeurs. L'auteur cite comme exemples la thyroïdine et les toxines qui résultent des altérations des glandes surrénales et qui amènent la mélanodermie.

Dans les affections microbiennes, les toxines sont le plus souvent d'origine mixte et produites à la fois par les microbes et par les cellules de l'organisme. L'auteur montre le rôle considérable qu'elles jouent dans les affections cutanées, rôle qui n'est encore que très imparfaitement connu pour beaucoup d'entre elles.

En somme, les toxines jouent un rôle prédominant dans la genèse des dermatoses ; seuls les traumatismes, les troubles de l'innervation trophonévrotique et les dystophies héréditaires peuvent donner lieu, en dehors d'elles, à des affections cutanées. F. BALZER.

WAELSCH. Weitere Mitteilungen zur Pathologie der Hyphomycosen (*Arch. für Derm., XXXVIII, p. 203*).

Le favus, la trichophytie et le pityriasis versicolore sont des espèces morbides nettement caractérisées par leurs symptômes cliniques. Chacune de ces maladies dépend d'un champignon bien spécial, mais qui présente une grande variabilité dans ses caractères macroscopiques et microscopiques, dans son rôle pathogène et ses propriétés biologiques. Le champignon se localise dans la couche de l'épiderme kératinisé ou en voie de kératinisation, et se fixe aussi, à l'exception du microsporon furfur, sur les annexes de la peau, poils et ongles. Les couches éphithéliales molles forment barrière contre l'invasion du champignon. Il pénètre dans le chorion par la voie des follicules malades après l'inflammation et la destruction de ses parois (sycosis parasitaire). Pendant son passage dans la peau, il provoque des phénomènes inflammatoires à divers degrés : tantôt simplement l'hyperémie et l'exsudation comme dans le pityriasis vésicolore, tantôt l'inflammation destructive, ou l'infiltration nodulaire profonde, comme dans le sycosis parasitaire. La gravité de l'inflammation dépend de la qualité du champignon, de sa virulence, de la réceptivité du point atteint et de sa structure anatomique. Les accidents que peut produire un champignon sont divers, mais propres cependant à chaque espèce. F. BALZER.

E. BOURQUIN et F. DE QUERVAIN. Sur les complications cérébrales de l'actinomycose (*Revue méd. Suisse romande, mars 1897*).

Chez un homme de 61 ans, apparaît en juillet 1895 une périostite du maxillaire inférieur à gauche ; abcès avec pus séreux grisâtre. Infiltration

progressive de la région jugale avec points de suppuration. Le pus ne renferme aucun grain d'actinomyces. Amélioration par KI. Curetage. Le malade semble guéri. En janvier 1896, nouveaux foyers sur le temporal; en même temps, troubles cérébraux, douleurs de tête, exophtalmie, etc. Le 6 février, incision d'un abcès sur le bord orbitaire; le pus contient des actinomycètes. Un stylet pénètre sous le plafond de l'orbite. Le lendemain, aphasie, puis coma et mort.

A l'autopsie du crâne, abcès dans la fosse zygomatique, infiltration purulente sous les méninges; plusieurs abcès dans les lobes cérébraux. Les abcès extérieurs contiennent des actinomycètes, ceux du cerveau ne contiennent qu'un bacille plus mince que le tuberculeux sans actinomycètes.

Les auteurs ont noté 11 autres cas d'actinomycose avec lésions cérébrales; seul celui de Bollinger serait une localisation primitive. Dans les autres, il s'agit d'infection par métastase ou par contiguité. J. B.

A. PONCET et L. DOR. De la botryomycose humaine (*Lyon méd.*, *24 oct. 1897*).

Les auteurs rapportent 4 cas de tumeur prise au début et chez les premiers malades pour des papillomes plus ou moins modifiés par l'inflammation, siégeant sur les doigts, le creux de la main et le moignon de l'épaule. L'examen bactériologique et les cultures, pour le dernier cas, ont fait reconnaître qu'il s'agit d'une botryomycose produite par le même champignon qui détermine la botryomycose équine. L'inoculation sur une ânesse a reproduit une tumeur identique.

Dans les 4 cas observés, la tumeur était unique, siégeait aux mains ou au bras (le mode de contagion est resté inconnu) de nature bénigne, facilement énucléable en raison de sa tendance à former un véritable champignon, une tumeur pédiculée. A. CARTAZ.

HAMANT. Sur le traitement de certaines formes d'ulcérations tuberculeuses par des applications de préparations belladonées (*Bull méd.*, *11 juill. 1897*).

Un homme avait été opéré d'une tuberculose ganglionnaire de l'aine. A la suite il persista une ulcération tuberculeuse (bacilles) qui ne se guérit pas malgré tous les traitements antiseptiques. Au bout de 6 mois, pour calmer les douleurs, on appliqua une pommade contenant un dixième d'extrait de belladone. En 3 semaines, cicatrisation à peu près complète. Un pansement sec donna lieu à la reproduction de la plaie, qui, en 20 jours, se cicatrisa définitivement avec le pansement belladoné.

Deux autres plaies tuberculeuses (ulcération de la région temporale, ulcération de la jambe avec lésion osseuse du tibia) ont guéri avec l'onguent belladoné après avoir longtemps résisté à d'autres traitements. LEFLAIVE.

HOLLAENDER. Traitement du lupus vulgaire par les courants d'air chaud (*Presse méd.*, *n° 90*, *p. 269*, *1897*).

L'instrument préconisé par l'auteur se compose d'une longue tige métallique terminée en pointe et percée d'une lumière centrale, à travers laquelle on peut faire passer un courant d'air au moyen d'une soufflerie en caoutchouc. On chauffe au rouge la tige métallique à travers laquelle on projette l'air porté à des températures très élevées, environ 300°.

Cet air chaud semble agir par ses propriétés antiseptiques et hémostatiques. Dans les cas de masses lupiques étendues, l'auteur pratique de véritables cautérisations ; dans les cas où les lésions sont moins intenses ou moins étendues ou bien placées à la face, l'auteur se contente d'une cautérisation relative. Sous l'influence de l'air chaud, la peau saine blanchit et se trouve ischémiée ; au contraire, la peau lupique devient plus saillante. Au bout de quelques jours la peau saine redevient normale, tandis que la peau lupique commence à se mortifier. Plusieurs séances sont nécessaires avec la cautérisation incomplète. Le traitement réussit surtout dans les formes étendues et diffuses. F. BALZER.

Malcolm MORRIS et Arthur WHITFIELD. Six cases of lupus vulgaris treated by Koch's neue tuberculin (*Brit. med. Journ., p. 207, 24 juill. 1897*).

Les effets de la nouvelle tuberculine de Koch sur le lupus paraissent satisfaisants. On observe une diminution rapide de la zone inflammatoire périlupique. En même temps les nodules lupiques s'affaissent, sèchent et desquament, les surfaces ulcérées guérissent et se cicatrisent, tandis que les œdèmes sous-jacents se résorbent. Dans aucun cas le mal n'a progressé à partir du début du traitement. Les injections sont suivies de peu de réaction : pourtant, quand la dose injectée a été considérable, il se fait une assez violente poussée fébrile, avec congestion et érythème local du lupus, qui gonfle même au niveau des anciennes cicatrices déprimées. C'est après cette poussée congestive que commence le travail de réparation. H. R.

SCHUTZ. Mittheilung über eine neue Behandlungweise des Lupus erythematosus (*Arch f. Derm., XXXVIII, p. 78*).

Liqueur de Fowler, 4 grammes ; eau distillée 20 à 30 grammes ; chloroforme, 2 gouttes ; agiter la solution et l'appliquer au pinceau matin et soir. Du quatrième au sixième jour la tuméfaction se déclare avec rougeur et augmentation de la sensibilité. On suspend alors les badigeonnages et on applique des poudres inertes ou une pâte. Le gonflement cesse en 4 ou 6 jours et l'on recommence. L'irritation devient de moins en moins forte. L'amélioration se montre en 6 ou 8 semaines, la guérison en 10 ou 11 semaines, sans cicatrices. F. BALZER.

CARRIÈRE. Lupus ulcéré de la langue (*Journ. méd. Bordeaux, 28 mars 1897*).

Fillette ayant eu antérieurement du lupus de la face et du nez. Sur la langue existent actuellement deux foyers lupiques ; l'un en arrière, sous forme d'une plaque de 2 centimètres, dure, enchâssée et non saillante.

La surface est rouge et mamelonnée et au milieu se voit une ulcération irrégulière, étroite et profonde.

En avant, à la partie moyenne du bord gauche de la langue, petite plaque dure, enchassée, sans saillie, indolente, à surface mamelonnée portant également une ulcération étroite, fissuraire, ramifiée dont les bords non saillants, jaunâtres sont appliqués l'un contre l'autre. OZENNE.

I. — BESNIER. Rôle étiologique de l'hérédité, de la transmissibilité dans la production de la lèpre (*Ann. de derm.*, *VIII*, *p. 953*).

II. — HALLOPEAU. Les lépreux à Paris (*Ibid.*, *p. 992*).

III. — THIBIERGE. La prophylaxie de la lèpre dans les pays où elle n'est pas endémique (*Ibid.*, *p. 1001*).

I. — Due au bacille de Hansen, la lèpre est acquise avant la naissance, hérédo-lèpre, ou acquise après la naissance, lèpre acquise. De l'hérédité lépreuse proprement dite, il faut distinguer la prédisposition protoplasmique constitutionnelle, l'immunisation vaccinatoire, les dystrophies toxigénéques et les tares dégénératives transmissibles. L'hérédité lépreuse vraie par transmission de contage est rare. La lèpre congénitale précoce est rare, elle a été constatée par Zambaco notamment ; la lèpre tardive est difficile à établir, car on ne peut affirmer que les cas tardifs ne soient pas dus à une contagion. Quant à l'hérédo-lèpre collatérale, ancestrale, atavique, ou ethnique, l'auteur ne la croit pas démontrée.

Maladie exclusivement humaine, la lèpre peut atteindre les hommes de toutes races et sa contagiosité ne peut être niée. Les conditions de la contamination lépreuse sont multiples, ainsi que les voies de réception du bacille lépreux : les cavités nasales et pharyngiennes, l'appareil génital, la surface cutanée semblent être les voies principales suivies par la contagion. Le mucus nasal des lépreux serait, d'après Jeanselme et Laurens, d'une très grande virulence et une source efficace de propagation de la lèpre.

Le bacille peut être inerte dans l'organisme, ou plutôt à l'état latent, pendant un temps indéterminé, relativement long et très variable, depuis quelques mois jusqu'à quelques années.

L'auteur passe en revue les objections relatives au résultat négatif des inoculations faites sur les animaux, et au résultat supposé négatif des inoculations faites sur l'homme ; les objections relatives à la rareté des contaminations conjugales et à la rareté des contaminations des médecins et des personnes qui approchent les malades dans les léproseries ou les hôpitaux. L'auteur termine en demandant l'isolement des lépreux et un ensemble de mesures pratiques que l'on peut réaliser sans porter atteinte à la liberté humaine et aux principes de la charité.

II. — Hallopeau fait ressortir combien le nombre des lépreux a augmenté à Paris depuis 1887, par suite d'une véritable invasion de malades venant presque tous des pays à lèpre, quelques-uns atteints de lèpre autochtone. Un grand nombre d'entre eux meurent tuberculeux. La lèpre, d'ailleurs, ne s'atténue pas par les séjours à Paris. Le grand nombre des lépreux à Paris doit faire redouter des cas de contagion ; des mesures d'isolement, de désinfection spéciale doivent être prises.

III. — Thibierge propose comme mesures de prophylaxie l'examen médical minutieux de toutes les personnes qui ont séjourné dans les pays à lèpre ; le signalement par les autorités des sujets reconnus lépreux ; l'hospitalisation des lépreux, la désinfection des objets qui sont à leur usage ; multiplier les publications qui vulgarisent la connaissance de la lèpre.

F. BALZER.

JEANSELME. La lèpre (*Presse méd., nos 84 et 85, 1897*).

Les troubles sensitifs observés au niveau des manifestations éruptives de la lèpre affectent le type de la dissociation parfaite ou imparfaite. L'auteur étudie particulièrement l'anesthésie dite névritique et ses divers signes avant-coureurs : état cyanotique des extrémités, chute des poils, suppression des sueurs, fourmillements, démangeaisons, douleurs, etc. Il établit que la répartition de l'anesthésie est manifestement symétrique ; elle débute au niveau de l'extrémité libre des membres et remonte graduellement vers leur racine. L'anesthésie des parties profondes du derme est, en général, moins marquée que celle des parties superficielles. Primitivement rubanée, l'anesthésie tend à prendre dans la suite le type segmentaire, et diffère alors par ses caractères essentiels de l'anesthésie segmentaire de la syringomyélie : elle est imparfaitement dissociée et d'intensité graduellement décroissante en allant de la superficie de la peau vers la profondeur, et de l'extrémité libre des membres vers leur racine. L'anesthésie de la syringomyélie est souvent asymétrique, presque toujours segmentaire d'emblée sur les membres et de forme vestimentaire sur le tronc, en général parfaitement dissociée et séparée par une limite brusque des régions sensibles sus et sous-jacentes.

L'auteur insiste d'une manière spéciale sur l'importance du coryza chronique et des épistaxis qui s'observent fréquemment au début de la lèpre et qui ont une grande valeur diagnostique. Dans le muco-pus de la rhinite lépreuse, comme dans le sang des épistaxis, on peut trouver le bacille de Hansen avec une très grande facilité.

Pour le diagnostic, quand la preuve bactériologique ne peut être faite, il faut rechercher les stigmates permanents de la lèpre : 1° l'anesthésie disposée en îlots au niveau des taches hyperchromiques ou achromiques, ou répartie symétriquement aux extrémités des membres ; 2° le gonflement et l'état moniliforme des nerfs accessibles à la palpation et surtout des nerfs cubitaux ; 3° la chute des sourcils ; 4° les cicatrices superficielles, lisses et gaufrées que les tubercules et les bulles de pemphigus laissent après eux au niveau des coudes et des genoux ; 5° la rhinite et les épistaxis, qui sont souvent les signes initiaux et révélateurs de la lèpre ; 6° les altérations oculaires ; 7° les altérations des organes génitaux.

F. BALZER.

I. — **Edw. EHLERS. Ätiologische Studien über Lepra.....** (*Berlin, 1896*).

II. — **Runderlass..... betreffend leprakranke Schulkinder vom 19 Januar 1897** (*Viertelj. f. gerichtl. Med., p. 184, juill. 1897*).

III. — **Runderlass..... betreffend die Anzeige der Lepra vom 22 Januar 1897** (*Ibid., p. 459, avril 1897*).

I. — Ehlers a fait une enquête étiologique sur la lèpre, en Islande, où les conditions de recherches sont d'autant plus favorables que le territoire est bien délimité et isolé et que la plupart des habitants possèdent la généalogie complète de leurs ancêtres.

Tandis que la statistique officielle ne mentionnait, en 1889, que 47 lépreux en Islande, Ehlers, en 1894-95, en a découvert 158. C'est à l'angle

sud-ouest de l'île que la maladie est le plus répandue, ce qui tient vraisemblablement à ce que c'est là que se trouve le seul bon port.

Ehlers répartit en deux groupes les 119 lépreux qu'il a pu examiner : le premier groupe est constitué par les 56 malades, dans les familles desquels des cas de lèpre s'étaient déjà présentés, tandis que le second groupe réunit les 63 autres lépreux.

Dans le premier groupe, 3 malades avaient père et mère lépreux, 15 leur père seulement, 4 seulement leur mère, 20 seulemeut des frères ou sœurs et les 14 derniers, uniquement des parents éloignés.

Dans le deuxième groupe, 4 malades avaient été contagionnés probablement par le mariage et tous 4 présentaient la forme anesthésique ; chez 16 autres, la contagion était également vraisemblable, tandis que pour les 43 restants, elle n'a pas pu être démontrée.

II. — En raison de ce que la présence des bacilles de Hansen a été constatée dans le mucus nasal d'un écolier lépreux, les ministres prussiens des affaires médicales et de l'intérieur, pour éviter la propagation de la maladie dans les établissements scolaires, assimilent la lèpre aux maladies contagieuses, qui, d'après l'arrêté du 14 juillet 1884, peuvent entraîner la fermeture des écoles. Mais, en outre, vu la longue durée et l'apparente incurabilité de la lèpre, l'obligation incombe aux parents et aux autorités locales d'assurer d'une autre façon l'instruction des petits malades.

III. — Quelques cas isolés de lèpre ayant été signalés en dehors du cercle de Memel, le gouvernement prussien a étendu à toutes les provinces la déclaration obligatoire des cas de cette maladie. La déclaration est imposée aux chefs de familles, propriétaires, hôteliers, au personnel médical, aux ecclésiastiques et aux instituteurs. J. B.

WEBER. Werden die Leprabacillen..... ? (Les bacilles de la lèpre sont-ils excrétés parun lépreux ?) (*Deut. Arch. f. klin. Med., LVIII, p. 445*).

Le résultat de la recherche du bacille lépreux dans les humeurs a été positif pour le sang des tissus malades, les vésicules des mêmes tissus ; les écailles de la peau, les poils follets, la sueur, le sperme ; ils ont été négatifs pour le sang des tissus sains, la salive et l'urine. En somme, les bacilles de la lèpre quittent les sujets atteints en grande quantité et peuvent être transportés par les objets extérieurs. Il n'est pas suffisamment prouvé qu'ils peuvent reproduire la lèpre, mais le fait paraît possible à l'auteur. C. LUZET.

HINTNER. Ueber eine Fall von multiple Hautgangrän (*Arch. f. Derm., XXXVIII, p. 207*).

Jeune fille de 21 ans, anémique et névropathe, présente des éruptions avec bulles qui débutent au bras gauche et s'étendent ensuite à tout le corps, à la suite d'une brûlure de la main gauche. Cette éruption s'accompagnait de douleurs vives et lancinantes. A la place des bulles et après leur desséchement il se forma une escharre qui se détacha très lentement et fut suivie d'une cicatrice chéloïdienne. Ces escharres ne se formèrent que sur le bras gauche ; sur le corps, les bulles guérirent sans peine. L'auteur ne trouve pas d'explication plus satisfaisante que celle d'un trouble trophoneurotique pour justifier la production de ces escharres. F. BALZER.

LUPIS. Contribuzione allo studio della verruca giovanile (*Giorn. ital. d. mal. ven., XXXII, p. 451*).

Cliniquement, la verrue semble contagieuse, mais cela est difficile à prouver expérimentalement; les inoculations doivent encore être multipliées. L'auteur n'a pas trouvé de microorganismes ni par l'examen microscopique, ni par les essais de culture.

L'hyperplasie semble débuter dans les couches de l'épiderme. Soit par cette hyperplasie cellulaire, soit par le retard de la transformation des éléments malpighiens en cellules cornées et leur accumulation, il se produit mécaniquement une hypertrophie papillaire. F. BALZER.

Max JOSEPH. Beiträge zur Anatomie des Lichen planus, acuminatus und verrucosus (*Arch. f. Derm., XXXVIII, p. 3*).

Les dénominations de lichen plan, acuminé, verruqueux, ne représentent que des subdivisions d'une même affection. L'auteur rapporte le résultat de ses recherches dans 12 cas; pour lui, le lichen plan consiste dans une altération des vaisseaux avec infiltration périvasculaire dans les parties profondes du chorion. Il en résulte des troubles de nutrition du réseau de Malpighi avec une exsudation qui le décolle du chorion; plus tard l'infiltration envahit le corps papillaire. Le processus exsudatif est ordinairement peu accusé; mais quand la résorption commence, le réseau décollé s'enfonce et il en résulte une dépression centrale qui manque rarement dans les cas anciens. Lorsque l'exsudation est forte, des vésicules peuvent se former et donner lieu à la forme dite lichen ruber pemphigoïde.

Le lichen acuminé est semblable au début au lichen plan, mais avec moins d'infiltration périvasculaire et moins de décollement de l'épiderme. La couche cornée est épaisse, mais cet épaississement subit plus tard une régression spontanée. En même temps se produit une forte pigmentation dans la couche cylindrique de l'épiderme. Le lichen acuminé débute autour des follicules pileux; l'infiltration se fait entre les gaines internes et externes de la racine et les écarte, de même que, dans le lichen plan, le processus décolle le réseau malpighien. L'auteur signale encore des proliférations de la couche cornée qui envoie des prolongements dans le chorion, fait qui s'observe surtout dans le pityriasis rubra pilaire. L'auteur admet que cette affection ne diffère que par des nuances du lichen acuminé.

Dans le lichen verruqueux, l'auteur reconnaît deux phases; la première avec infiltration et hyperkératose comme dans les deux formes précédentes, la seconde avec atrophie de la couche cornée d'abord hypertrophiée. De même dans le chorion on observe un processus de régression; l'infiltrat, d'abord diffus et compact, est sectionné par de nombreux et volumineux capillaires, et se transforme finalement en tissu cicatriciel. Les nombreux points de contact entre les diverses espèces de lichen et les faits de transition portent à admettre qu'il s'agit d'un groupe unique. F. BALZER.

DREYSEL. Ueber ungewöhnlichen Fall von Lichen ruber (*Arch. f. Derm., XXXVIII p. 33*).

Un homme, âgé de 49 ans, présentait, outre les papules typiques de lichen, de nombreuses taches de pigmentation, alternées avec des taches non pigmentées, donnant à la peau un aspect remarquable; en outre, à la paume des mains et à la plante des pieds proéminences verruqueuses, isolées ou groupées, dures, douloureuses à la pression, à base assez large. L'examen du système nerveux montre les troubles multiples d'un pseudo-tabes alcoolique. L'auteur attribue directement au lichen les lésions pigmentaires et probablement aussi la disparition du pigment; les lésions hyperkératosiques des extrémités seraient dues à l'arsenic qui a été employé par lui sous forme de liqueur de Fowler et en injections sous-cutanées. F. BALZER.

Sylvain LÈVY. Étude sur l'impétigo contagieux (*Thèse de Paris, 1897*).

L'auteur attribue l'impetigo contagieux aux microbes pyogènes et particulièrement aux staphylocoques. Les microbes peuvent donner lieu en partant de la lésion impétigineuse à des phlegmons, à des lymphangites, des phlébites, des gangrènes de la peau et à une infection généralisée. L'auteur rapporte plusieurs observations inédites de néphrites consécutives à l'impetigo. Cette affection est donc sérieuse et l'isolement des enfants est indiqué. F. BALZER.

GÖRGES. Purpura fulminans (*Berlin. klin. Woch., n° 22, p. 477, 31 mai 1897*).

Enfant rachitique de 2 ans, sans antécédents de maladies infectieuses et en bonne santé, est pris, après avoir vomi un peu de sang, de fièvre, de vomissements et de constipation, le 15 avril. Au bout de 8 jours, apyrexie et retour de la santé. Une quinzaine plus tard, le 6 mai au soir, apparition brusque de quelques taches rouges sur les fesses; le lendemain matin, grande tache bleuâtre au niveau du mollet gauche et gonflement du pied droit. Le 8, plusieurs selles noires. Enfant robuste, en bon état de nutrition. Les deux pavillons auriculaires sont tuméfiés et couverts de taches confluentes, d'un noir bleuâtre; au-dessous de l'hélix gauche, bulle remplie de sérosité trouble. Sur les joues, le dos des poignets et des pieds, la face postérieure des cuisses et surtout les fesses, nombreuses taches rouges ou bleuâtres, variant d'une tête d'épingle à un marc; poignet et dos du pied droit gonflés; scrotum tuméfié et bleuâtre. Tronc intact. Petites ecchymoses sur la muqueuse du palais osseux et des joues. Gencives à peine enflammées. Rien au cœur. Léger catarrhe pulmonaire. Rate non volumineuse. Le jour suivant, les deux mains, jusqu'à mi-hauteur des avant-bras, ont une teinte rouge bleu sombre avec bulles d'un rouge bleuâtre. Les poignets et les coudes, surtout à droite, sont fortement tuméfiés et douloureux; fièvre considérable : 39° le matin; 39°,5 le soir. Le 11, la fièvre diminue et cesse le 12 en même temps que la rougeur disparaît et que les taches pâlissent : 5.120.000 globules rouges; 1 globule blanc pour 273 hématies. Pas d'albuminerie. J. B.

BRUHNS, Zur Ätiologie der Trichorrhexis nodosa (*Arch. für Derm., XXXVIII, p. 43*).

La trichorrexis noueuse du cuir chevelu est fréquente à Berne et aux

environs. Toutes les recherches montrent qu'elle ne dépend pas d'un microbe spécifique. Contre l'étiologie microbienne parlent d'ailleurs les raisons suivantes : apparition de la lésion surtout sur les cheveux fusiformes et dans les points où le cheveu est le plus fin et le moins résistant; l'observation de Rauber, qui a vu chez un épileptique les nouures de la trichorrexis se produire à l'occasion des accès ; l'apparition fréquente de la trichorrexis dans les poils des brosses anciennes, et non dans les neuves (Barlow). Il est supposable aussi que la lésion dépend de causes d'ordre mécanique s'associant à des troubles de nutrition du cuir chevelu.

F. BALZER.

MIBELLI. Di un caso di tigna del Gruby-Sabouraud (*Giorn. ital. d. mal. vener., XXXII, p. 463*).

Chez une petite fille l'auteur a trouvé à Parme le microsporon Audouini décrit par Sabouraud. Le parasite était accumulé sous forme de spores dans la racine des poils ; au contraire, dans les parties plus élevées, il se montrait sous forme de filaments mycéliens. Cette forme diffère assez notablement du microsporon décrit par Sabouraud. D'après une note de Bodin, il s'agirait d'une variété spéciale de microsporon que l'on trouve sur les animaux et principalement sur le chien. Il y a donc jusqu'à présent deux groupes de microsporons, celui de l'homme et celui des animaux. F. BALZER.

BROUSSE. Note sur le traitement de l'eczéma par l'acide picrique (*Nouveau Montpellier méd., 4 sept. 1897*).

Brousse est d'avis, avec Gaucher et Leredde, que l'acide picrique est très utile dans l'eczéma aigu ; il se sert de la solution saturée d'acide, d'après la formule de Thiéry.

Il fait avec cette solution un badigeonnage au pinceau des parties affectées, en ayant soin de dépasser légèrement les limites du mal, puis il les recouvre soit directement avec du coton hydrophile, soit avec des compresses de gaze imbibées de la même solution et exprimées, pardessus lesquelles on place le pansement ouaté. Le pansement doit être renouvelé tous les deux jours en moyenne.

Une précaution indispensable à prendre est de faire précéder l'emploi du traitement picriqué par des lavages et des applications antiseptiques, de façon à ne pas enfermer sous le pansement des microbes de la suppuration. G. LYON.

DOHI. Ein Beitrag zur Kenntniss des Rhinophyma (*Arch. für Derm., XXXVII, p. 361*).

Les lésions du rhinophyma portent sur les vaisseaux et les glandes. Les vaisseaux sont dilatés avec des parois très épaissies ; l'hyperémie provoque divers troubles de nutrition, notamment l'hyperkératose, avec desquamation et hypersécrétion glandulaire. Les glandes sont hypertrophiées et deviennent de véritables adénomes ; le processus porte à la fois sur les reins et sur les conduits excréteurs. L'auteur n'a pu déter-

miner si le processus dépend d'une décomposition spéciale des sécrétions grasses ou bien de parasites. L'auteur croit avec Hébra, que le rhinophyma est une angioneurose avec troubles de nutrition, dégénération cellulaire, hypersécrétion et hypertrophie des glandes sébacées, épaississement du tissu conjonctif du derme avec sclérose et œdème chronique et enfin néoformation. F. BALZER.

RAVOGLI. Tuberculin in dermatology (*Med. News, p. 546, 23 oct. 1897*).

La tuberculine rend, en dermatologie, de nombreux services comme agent de diagnostic et de traitement. Dans le lupus, elle agit remarquablement bien, surtout lorsqu'on l'associe aux autres moyens employés pour réduire l'infiltration du derme. Ravogli n'a observé aucun mauvais effet de la tuberculine, et chez des malades, rebelles à tous les autres traitements, la tuberculine a amené une prompte disparition de l'éruption, la guérison des ulcérations, et une amélioration générale de l'affection. Les rechutes sont à craindre si l'on suspend trop tôt le médicament; et pour assurer la guérison, la tuberculine doit être administrée à petites doses, à courts intervalles, et pendant fort longtemps. P. MAUBRAC.

ZARUBIN. Zur Frage von des Behandlung der Hautkrankheiten mit der Schilddrüsenpräparaten (Traitement des maladies de la peau par les préparations de glande thyroïde) (*Archiv für Derm., XXXVII, p. 421*).

L'auteur passe en revue les travaux publiés sur cette question. Pour lui, la médication thyroïdienne est dangereuse et doit être surveillée de près; les irrégularités du cœur, le dépérissement, la cachexie, la contre-indiquent. Dans les cas qu'il a observés, l'auteur n'a obtenu aucun résultat dans les affections cutanées, et il a même vu de l'aggravation se produire dans 2 cas de psoriasis. F. BALZER.

KELLOG. Ueber Resorcine in der Dermatotherapie..... (Sur la résorcine en dermothérapie : recherches histologiques relativement à son action sur la peau saine) (*Monats. f. prakt. Derm., XXIV, n° 5*).

Il résulte de ce travail que la résorcine, à haute dose, exerce sur la surface cutanée une action nécrotisante très régulière et superficielle; elle dépasse cependant les limites de la couche cornée et transforme la couche granuleuse ainsi qu'une partie de la couche épineuse en une membrane homogène simulant une couche cornée.

Si l'action du médicament s'exerce d'une manière prolongée, cette influence nécrotisante cesse peu à peu après s'être limitée à l'épiderme et elle fait bientôt place à la production d'une couche cornée et d'une couche granuleuse normales, le derme et les vaisseaux restent indifférents à l'action du médicament. Il en résulte qu'il constitue un moyen idéal de décortication cutanée; son usage est indiqué chaque fois que l'on veut remplacer un épiderme altéré par un épiderme jeune et sain; ainsi se trouve justifié son emploi à fortes doses, dans l'eczéma sec, particulièrement celui du visage, dans l'acné vulgaire, le psoriasis, les épithéliomes et les

cicatrices ; à doses faibles, la résorcine agit en faisant tomber les couches superficielles de l'épiderme et en stimulant la reproduction : il trouve ainsi son emploi dans l'eczéma séborrhéique du visage, la séborrhée, l'acné rosacée, etc. H. HALLOPEAU.

VAN NIESSEN. Aussehen u. Lagerung..... (Aspect et répartition du contage syphilitique dans les tissus (*Arch. f. path. Anat.*, *CXLIX*, *1*).

Van Niessen décrit et figure les microorganismes qu'il a découverts dans diverses lésions syphilitiques.

1° Dans l'induration qui persiste après la guérison du chancre, il existe, au milieu du tissu conjonctif dense, des amas de microcoques (syphilocoques) ;

2° Dans l'endartérite et l'artérite gommeuse, dans certaines formes d'anévrismes, dans la périartérite noueuse, on trouve des amas analogues de syphilocoques ;

3° Dans une gomme syphilitique du cœur, Van Niessen trouva des bacilles, des microcoques, des diplocoques et des spores ;

4° Dans un cas de paralysie progressive, la pie-mère était remplie d'amas de microcoques ;

5° Dans d'autres cas, il a découvert des formes filamenteuses et renfermant des spores (protophytes).

En résumé : 1° présence de microcoques dans l'induration syphilitique, les ganglions lymphatiques, le sang, les parois vasculaires et les méninges ; 2° existence de bacilles dans une gomme ; 3° présence de mycètes et de protophytes dans le sang, les gommes, les parois vasculaires, le foie et la peau. Van Niessen se demande s'il n'existerait pas une syphilis tantôt coccogène, tantôt bacillaire, tantôt mycosique. Peut-être la combinaison de l'une ou l'autre forme donnerait naissance à une infection mixte et à la syphilis maligne. ED. RETTERER.

HERXHEIMER. Ueber multiple subcutane Gummen im Frühstadium der Syphilis (*Arch. f. Derm.*, *XXXVII*, *p. 379*).

P..., âgé de 34 ans, homme robuste, contracte la syphilis ; l'accident initial disparaît avec deux injections de 0.10 cgs de salicylate de mercure. Deux mois après, apparaissent dans les plis de flexion des membres des nodules sous-cutanés durs, rappelant ceux de la leucémie ou de la pseudo-leucémie et qui se résolvent après une cure par les pilules d'acide arsénieux ; l'examen du sang donne des résultats négatifs. L'examen d'un de ces nodules montra une structure analogue au tubercule miliaire. D'autres accidents secondaires guérirent plus tard par le traitement spécifique.

L'auteur croit qu'il s'agit ici de gommes syphilitiques précoces ; ce n'est pas l'arsenic donné à faibles doses qui les a fait disparaître, mais plutôt le traitement mercuriel énergique qui avait précédé leur apparition.

L'auteur discute ensuite la valeur diagnostique du tubercule miliaire ; suivant lui le bacille de Koch n'est pas seul à pouvoir le produire, la syphilis pourrait aussi produire des tubercules miliaires typiques.

F. BALZER.

NONNE. Ueber zwei klinisch und anatomisch Untersuchte von syphilitischer Spinalparalyse (*Arch. f. Psychiat., XXIX, p. 695*).

La première observation concerne un homme d'une cinquantaine d'années, indemne de toute tare névropathique, qui avait contracté la syphilis à l'âge de 32 ans. Environ vingt ans plus tard, à la suite de fatigues insolites que lui imposait son métier d'employé au télégraphe, il avait ressenti de la faiblesse et de la raideur dans les jambes. Peu à peu s'était développé chez le malade un ensemble symptomatique qui rappelait de tous points le tableau de la paralysie spasmodique d'Erb.

Environ cinq ans plus tard, cet homme a succombé à une carcinomatose généralisée, qui s'était développée consécutivement à l'extirpation d'un cancer de la lèvre inférieure. L'examen des centres nerveux a fait constater l'existence d'une sclérose systématique combinée de la moelle, qui réalisait la même distribution que dans un cas récent et bien connu, publié par Strümpell : la dégénération intéressait les cordons de Goll, les faisceaux cérébelleux latéraux et les faisceaux pyramidaux ; dans les deux premiers faisceaux elle atteignait son maximum vers le bout supérieur de la moelle, tandis que dans les faisceaux pyramidaux la lésion atteignait sa plus grande intensité vers l'extrémité caudale. L'auteur s'est attaché à démontrer qu'il s'agissait bien, dans ce cas, d'une dégénération primitive des faisceaux susdits, et non d'une lésion secondaire, consécutive soit à des altérations des vaisseaux, soit à une méningite chronique, soit à une affection protopathique des cellules ganglionnaires de la moelle (dégénération spinale endogène.)

Chez le sujet de la seconde observation les choses se sont passées d'une façon analogue. Dix ans après une contamination syphilitique, apparition des premiers symptômes d'une paralysie spasmodique qui a évolué avec une grande lenteur, qui s'est compliquée au début de légers troubles urinaires et plus tard d'une cystite. Plus tard également on a constaté des troubles très accusés de la sensibilité objective. Les membres supérieurs, les nerfs craniens, les facultés intellectuelles sont restés indemnes jusqu'au bout.

A l'autopsie on a trouvé : d'une part une myélite transverse dorsale chronique, sans altérations spécifiques concomitantes des vaisseaux, sans traces de méningite ou d'infiltration spécifique de la moelle ; d'autre part, dans les faisceaux pyramidaux, indépendamment d'une dégénération descendante typique, une dégénération ascendante, au-dessus du foyer de myélite, ainsi qu'une dégénération des faisceaux cérébelleux directs dans toute leur longueur. Dans les cordons postérieurs on a constaté en outre une dégénérescence ascendante des cordons de Goll, au-dessus du foyer de myélite, et au-dessous, une zone de dégénérescence descendante ayant la forme dite en virgule.

E. RICKLIN.

Ch. MONGOUR. Un cas de syphilis pulmonaire diagnostiqué et suivi de guérison (*Journ. méd. Bordeaux, 18 avril 1897*).

Homme de 35 ans. Bronchite antérieure, chancre mou il y a 14 ans. Syphilis niée. Depuis une semaine, crises brusques d'oppression, perte des forces, amaigrissement. On note à la partie moyenne du poumon droit, en arrière, une zone assez étendue de matité, au niveau de laquelle on perçoit un souffle bronchique intense.

Pectoriloquie aphone, pas de craquements, pas de râles caverneux. Trois ponctions avec la seringue de Pravaz restant négatives, on porte le diagnostic de pneumopathie syphilitique à forme de cirrhose. Traitement par l'iodure de potassium et les frictions mercurielles. En quatre jours, amélioration très

rapide, qui continue progressivement. Disparition des accidents physiques et fonctionnels et la guérison serait complète si au bout de dix mois il ne persistait, au sommet droit, une expiration un peu prolongée. Examen bactériologique de quelques crachats négatif au point de vue du bacille de Koch.

OZENNE.

Johannes SEITZ. Syphilis der Pfortader (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, n° 11, 1er juin 1897*).

Homme de 63 ans, ayant eu durant plusieurs années des attaques convulsives qui ont cessé depuis 10 ans ; un accès de colique hépatique, il y a 13 ans. Depuis 3 mois, il a deux ou trois selles par jour, molles ou liquides, et très abondantes ; le soir, un peu de ballonnement du ventre. Enfin dans ces derniers temps, sont apparues une lassitude générale, un peu de pâleur, une légère tendance au sommeil.

En pleine santé, une demi-heure après une garde-robe, il est pris, au côté gauche de l'abdomen, d'une douleur, d'abord légère, puis de plus en plus violente. Au bout d'une heure, il est obligé de se coucher, éprouve un grand malaise, des renvois et des envies de vomir. Des vomissements alimentaires amènent un soulagement momentané. La douleur abdominale, dont l'intensité varie, irradie du côté gauche du ventre, dans le dos et les reins et est particulièrement vive à la suite de mouvements des jambes. Les selles, pultacées, profuses ont leur teinte normale ; aucune épreinte, 36°5 ; pouls oscillant de 60 à 78. Rien au cœur ni aux poumons ; 18 inspirations. La pression est douloureuse à la partie inférieure gauche de l'abdomen. Dès le lendemain tous les troubles morbides ont disparu. Ni sucre ni albumine dans l'urine.

Durant les 18 mois suivants, à part un peu de tendance à la diarrhée, la santé fut bonne. Puis réapparaissent brusquement les mêmes symptômes que dans la première atteinte, compliqués cette fois d'affaiblissement rapide et du sentiment d'être gravement malade. A des vomissements aqueux, muqueux ou bilieux succèdent, le 5e et dernier jour, des vomissemenls noirs. Les vomissements sont continus et abondants. Mort en parfaite connaissance.

Epanchement abdominal de sérosité sanguinolente. Distension extrême de la masse intestinale ; 3 anses du jéjunum ayant chacune une longueur de 15 à 20 centimètres ont une coloration rouge brun sombre et des parois épaissies ; leur mésentère est considérablement hypertrophié et rouge brun. Les parois de ces anses renferment des épanchements sanguins et leur calibre contient un fluide muco-sanguinolent. Dans le duodénum et l'estomac se trouve un liquide brunâtre. Bien que la mort ne remonte qu'à 30 heures, la muqueuse gastrique est parsemée de bulles de putréfaction et est friable. Etat normal des canaux et de la vésicule biliaires.

La veine-porte, à 2 centimètres du foie, est obturée par un thrombus, rouge brun, ferme, non adhérent et s'effilant du côté du foie ; en aval, la thrombose s'étend dans les veines afférentes ; c'est à son extrémité hépatique que le caillot est le plus résistant ; à 4 centimètres de cette extrémité, il offre une portion étranglée dont l'épaisseur est plus de moitié moindre ; à ce niveau surtout, les parois de la veine-porte sont très épaissies et le calibre en est plus étroit.

Au niveau des anses intestinales rouges, le mésentère est infiltré de sang, les veines sont thrombosées ; entre les thrombus des plus fines ramifications veineuses et ceux des branches principales de la veine porte, les vaisseaux renferment toujours des caillots récents. Artères mésentériques normales. Foie petit et déformé, parsemé de cicatrices déprimées et radiées. Mêmes cicatrices sur les reins. Rate petite et molle. Pas d'athérome artériel. Sur-

charge graisseuse et flaccidité du cœur. Épanchement sanguinolent de 200 centimètres cubes dans la plèvre gauche. Poumons adhérents, surtout le droit. Aux deux sommets, petite cavité à contenu caséeux et crétacée. Cicatrice blanchâtre très apparente sur le prépuce et le gland. J. B.

WELANDER. Klinische Studien über Nierenaffectionen (rein) bei Syphilis (*Archiv f. Derm., XXXVII, p. 323*).

Pendant la période secondaire et ses phases successives, on peut constater une albuminurie syphilitique très légère, qui est encore assez rare; l'existence de la néphrite parenchymateuse est douteuse. Plus tard s'observent des néphrites interstitielles pour lesquelles il faut admettre comme probable l'origine syphilitique. Plus tard encore on peut observer une lésion rénale sans fièvre, dans laquelle l'urine a une coloration brunâtre, plus ou moins trouble, contient une petite quantité d'albumine et un sédiment avec des cylindres épithéliaux et hémorragiques. Cette affection se montre en même temps que des gommes ramollies et les lésions tertiaires situées en divers points du corps; elle diminue et cesse en même temps que ces lésions guérissent par le traitement spécifique; elle dépend probablement de gommes du rein.

Un traitement mercuriel énergique provoque souvent une cylindrurie, quelquefois l'albuminurie, d'une manière plus ou moins intense selon les dispositions individuelles; mais la recherche seule du mercure dans les fèces et dans l'urine permet d'évaluer l'intensité de la mercurisation. La cylindrurie et l'albuminurie provoquées par le mercure ne laissent aucune prédisposition aux lésions rénales.

Le traitement des néphrites syphilitiques doit être fait avec prudence et avec un contrôle exact de l'état des reins. Dans ces cas le mercure s'élimine surtout par les fèces, souvent aussi en certaine quantité par les reins, et très peu par la salive. F. BALZER.

MELLE. Contributo alla epidimite sifilitica secondaria et gommosa (*Giorn. ital. d. mal. ven., XXXII, p. 294 et 402*).

L'épididyme peut être atteint d'emblée, dans la période secondaire ou tertiaire de la syphilis, sans qu'il y ait de lésion testiculaire. L'épididymite secondaire aux lésions du testicule est toujours bilatérale dans la syphilis récente, mais on ne peut établir comme règle générale l'unilatéralité de la forme gommeuse. Dans l'épididymite secondaire la tumeur occupe toujours la tête, dans la forme gommeuse elle envahit quelquefois l'organe entier qui peut présenter un aspect moniliforme. L'épididymite gommeuse, dans la moitié des cas, est compliquée de déférentite gommeuse unilatérale. L'épididymite syphilitique primitive est plus fréquente dans la période gommeuse que dans la période secondaire. L'épididymite ne peut être considérée comme un indice de syphilis grave. Elle cède au traitement mixte iodo-mercuriel. F. BALZER.

WERNER. Beiträge z. Pathologie des Ikterus syphiliticus (*Münch. med. Woch., n° 27, p. 736, 6 juill. 1897*).

D'après la statistique de l'auteur (15,709 cas), l'ictère syphilitique a une fréquence de 0,37 0/0. Il est plus fréquent chez la femme que chez l'homme. Dans la plupart des cas (3/4) il coïncide avec le premier exanthème ou la première récidive, plus rarement avec une récidive ultérieure. Généralement il s'agit de syphilis graves, à récidives fréquentes, à manifestations repullulantes. Les symptômes secondaires apparaissent d'une façon violente. Les adénophaties sont presque la règle (41/50).

C. LUZET.

GAGNIÈRE. Nouvelle contribution au traitement de la syphilis par l'huile grise (*Thèse de Paris, 1897*).

L'huile grise a une action rapide sur la cachexie du début de la syphilis; après la deuxième injection de 3 gouttes 1/2 le sang reconquiert ses globules et son hémoglobine. La photographie des tissus qui renferment une injection montre que celle-ci fuse immédiatement entre les fibrilles musculaires, ne s'y collecte pas en un foyer central et disparaît en peu de temps. L'action de l'huile grise est plus énergique qu'on ne le pense généralement, et elle agit vite sur toutes les manifestations du virus syphilitique aux diverses périodes de la maladie. La méthode empêche les malades hospitalisés de se soustraire à l'absorption du mercure. L'injection est peu douloureuse et l'est surtout beaucoup moins que celle de calomel. Le traitement est fait par série de 4 à 5 injections hebdomadaires, intra-musculaires, de 3 gouttes 1/2 chacune. Chaque série est séparée de la suivante par un intervalle de 2 mois au moins Il est imprudent de faire plus de 5 injections consécutives.

F. BALZER.

MÖLLER. Ueber Lungembolien bei Injection von unlöslicher Quecksilberpräparaten (Embolie pulmonaire par injection de préparations mercurielles insolubles) (*Arch. f. Derm., XXXVII, p. 395*).

De 1891 à 1896, sur 315 malades, l'auteur a fait 3,835 injections de thymol-acétate de mercure (1 p. 10 de paraffine liquide). Il a eu des complications pulmonaires 43 fois sur 28 patients, à peu près 9 pour 100. Le plus souvent l'accident se comporte de la façon suivante : 2 à 10 minutes après l'injection, toux légère, une inspiration profonde, quelquefois douleur thoracique plus ou moins forte. Parfois, une demi-heure après l'injection ou même le lendemain, surviennent des troubles locaux, point de côté, dyspnée, toux, ou bien des troubles généraux, céphalée, nausée, vomissements, lipothymies, diarrhée, etc...; il y a quelquefois, au début de ces accidents, des frissons et de la fièvre. C'est surtout au second jour que les phénomènes pulmonaires sont le mieux accusés. Les signes objectifs peuvent manquer; dans d'autres cas il y a des râles, des frottements pleuriaux, un peu de submatité. Les accidents peuvent aller en augmentant

jusqu'au troisième ou quatrième jour; dans les cas bénins ils commencent à s'apaiser au second jour et se terminent en une semaine. Dans certains cas la douleur thoracique peut durer plus longtemps. Ces divers symptômes localisés, œdème aigu, pleurésie sèche, expectoration sanglante, indiquent l'existence d'un infarctus hémorragique dû à un processus embolique.

L'auteur a reproduit chez les animaux des infarctus pulmonaires hémorragiques en leur injectant du thymol-acétate de mercure en suspension dans le paraffine liquide.

L'auteur en terminant se déclare partisan des injections sous-cutanées. car c'est toujours à la suite des injections intra-musculaires que se sont produites les embolies pulmonaires. F. BALZER.

RUNDELL et AHMAN. Ueber die Reinzüchtung des Gonococcus Neisser (De la culture du gonocoque de Neisser) (*Arch. f. Derm.*, *XXXVIII*, *p. 58*).

Le meilleur terrain de culture est un mélange de deux parties de jus de viande et d'une partie de liquide ascitique, ou bien le mélange d'agar et de sang recommandé par Pfeiffer, à réaction acide ou alcaline. Les auteurs reconnaissent l'influence remarquable de la fièvre sur la prolifération des gonocoques et conseillent de traiter les métrites par les températures élevées, comme Welander l'a fait pour le chancre mou. Le gonocoque ne supporte pas dans les cultures une température de 40°, il reste à savoir s'il ne résiste pas mieux dans le corps humain. F. BALZER.

S.-R. HERMANIDES. Syphilis und Tabes (*Arch. f. path. Anat.*,, *CXLVIII*, *1*).

Hermanides passe en revue toutes les statistiques publiées jusqu'aujourd'hui et résume les discussions relatives à l'étiologie du tabes. Le virus syphilitique étant inconnu, il est impossible de déterminer les rapports entre la syphilis et le tabes; les statistiques faites dans un même pays, par des savants également compétents donnent des résultats sinon opposés, du moins tellement différents qu'on ne peut s'empêcher de songer au « mensonge en chiffres » de Dupuytren. L'examen histologique est plutôt en faveur de l'opinion qui veut que la syphilis constitue une prédisposition mais non point une cause essentielle. Aux points de vue étiologique et clinique, on peut aussi se prononcer avec autant de raison dans un sens que dans l'autre.

La syphilis peut se terminer par le tabes, mais il n'est pas logique de conclure que la syphilis est la seule cause du tabes.

L'observation personnelle que cite Hermanides a trait à un tabétique âgé de 43 ans, qui n'a jamais eu la syphilis. Dans le cours d'une blennorragie, sciatique double tenace, six ans après, signes de tabes à marche graduelle.

H. se demande si le tabes ne pourrait être rattaché à la blennorragie.

RETTERER.

LE DAMANY. Productions cornées de la peau dans les blennorragies (*Presse méd.*, *10 juin 1897*).

Le nombre des observations publiées actuellement est de 6 ; il s'agit

de cornes cutanées et de troubles trophiques auxquels convient le nom de dermo-papillite hyperkératosante. C'est au cours de blennorragies compliquées d'arthro-blennorragisme, d'iritis, ou du moins d'accidents graves de l'infection gonococcienne que se sont montrées ces hyperkératoses. Leur aspect est celui de cornes, de saillies coniques ou de larges placards durs, irréguliers, formés de masses épidermiques cornées. On les voit surtout aux mains et aux pieds, et on peut les observer sur tous les points du corps. Leur durée est longue, et elles récidivent fréquemment quand le malade est atteint de nouvelles blennorragies. F. BALZER.

W. RINDFLEISCH. Bakteriologische Untersuchungen über Arthritis gonorrhoica (*Arch. f. klin. Chir., LV, p. 445*).

L'auteur a étudié bactériologiquement (examen microscopique et ensemencement), 30 cas d'arthrites gonorréiques. L'exsudat articulaire était recueilli, soit par ponction, soit après l'ouverture de l'articulation.

Dans 16 cas, l'exsudat contenait des gonocoques, seuls ; dans 2 cas des gonocoques et des staphylocoques; dans 3 cas des staphylocoques seuls; dans 9 cas l'exsudat était stérile. M. B.

BRÈS. De l'arthrotomie dans l'arthrite blennorragique (*Thèse de Paris, 1897*).

Brès recommande l'arthrotomie : dans l'hydarthrose aiguë qui depuis une semaine environ ne cède pas aux moyens médicaux; dans l'hydarthrose chronique ou à répétition ; dans l'arthrite blennoragique aiguë, dite plastique ankylosante ; dans l'arthrite suppurée. Le nombre des articulations atteintes n'est pas une contre-indication à l'opération. Le massage et la mobilisation doivent être commencés dès la réunion de la plaie opératoire. Il faut traiter avec soin l'écoulement urétral cause de l'arthrite. F. BALZER.

DELEFOSSE. Traitement de la blennorragie (*Paris, 1897*).

Après avoir nettement distingué la blennorragie gonococcique de l'urétrite causée par des microbes divers, Delefosse conserve l'ancienne division de la blennorragie en blennorragie aiguë et blennorragie chronique, et il établit toujours le diagnostic à l'aide de l'examen microscopique, dont il donne tous les détails techniques.

La blennorragie étant constatée, Delefosse pense que le traitement abortif doit être tenté pendant les 2 ou 3 premiers jours de la maladie. Ce traitement consiste soit en injections, soit en instillations, soit en lavages. Les antiseptiques employés sont le permanganate de potasse, le sublimé et le nitrate d'argent. Comme traitement abortif, Delefosse reconnaît les bons effets des lavages, mais il préfère les instillations argentiques. Pendant la période d'état, le malade, muni d'un suspensoir, suivra le traitement antiphlogistique.

C'est à la période de déclin que l'on utilisera les injections à l'aide de la seringue à bout olivaire de Delefosse, les lavages, les bougies médicamenteuses, les balsamiques.

La blennorragie chronique est justiciable des instillations et de la dilatation.

Contre l'urétrite non gonococcienne. Delefosse emploie le sublimé en injections ou en lavages.

Chez la femme la blennorragie devient rapidement chronique, atteint surtout l'urètre et le col utérin. Delefosse recommande le raclage de l'urètre et de l'utérus suivi de lavages antiseptiques. Ce traitement, curatif pour les parties accessibles, préviendra les complications du côté des annexes. R. JAMIN.

Rud. KRÖSING. Argentamin und Argonin in der Gonorrhœbehandlung (*Berlin. klin. Woch.*, *p. 510, 7 juin 1897*).

Krösing a traité 55 cas d'urétrite blennorragique masculine par les injections d'argentamine (phosphate d'argent et d'éthylènediamine) à 1/4 ou 1/2 pour mille et 103 cas par celles d'argonine (caséinate d'argent) à 2 ou 3 0/0. Les malades faisaient 4 injections quotidiennes avec une seringue de 10 centimètres cubes et gardaient la solution dans l'urètre, d'abord 10, plus tard 5 minutes. L'urétrite postérieure fut en général promptement tarie à l'aide de quelques instillations d'argentamine au millième ou d'argonine à 5 0/0.

L'un et l'autre médicaments ont amené la disparition des gonocoques en 10 jours. Comme complications, il se produisit, pendant le traitement avec l'argentamine, de l'urétrite postérieure chez 6 malades (14 0/0) et de l'épididymite chez 1 (2 0/0) ; pendant le traitement avec l'argonine, de l'urétrite postérieure dans 3 cas (2, 9 0/0) et de l'épididymite, dont 1 double, dans 5 cas (2 0/0).

Chez 8 des 55 hommes traités par l'argentamine et chez 26 des 103 traités par l'argonine, il y eut, dans un laps de temps variable de 1 à 7 semaines, réapparition de gonocoques ou de flocons, sans nouvelle infection sexuelle, et le plus souvent à la suite d'excès de boissons, de fatigues corporelles (cyclisme, canotage, équitation), de cathétérisme ou de dilatation prématurées, d'érections, de pollutions, etc. J. B.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

A. JOFFROY et R. SERVEAUX. Mensuration de la toxicité vraie de l'alcool éthylique; symptômes de l'intoxication aiguë et de l'intoxication chronique (*Arch. de méd. exp., IX, p. 662, juill. 1897*).

Poursuivant leurs recherches sur la toxicité des différents alcools, les auteurs ont d'abord étudié l'intoxication aiguë par l'alcool éthylique.

L'équivalent de toxicité vraie de cet alcool est, chez le chien, de

7^{cc},95 par kilogramme (soit 6^{gr},36) et chez le lapin de 7^{cc},75 par kilogramme (soit 6^{gr},20); il s'agit alors d'alcool éthylique commercial regardé comme pur.

Quand on expérimente avec l'alcool éthylique chimiquement pur, on voit que son équivalent toxique vrai est de 8^{cc},65 chez le chien (soit 6^{gr},92) et de 8^{cc},15 chez le lapin (soit 6^{gr},52).

La vitesse d'injection ne doit pas dépasser 1 centimètre cube par kilogramme et par minute.

Les troubles observés dans cette intoxication aiguë sont : un abaissement considérable de la température, d'abord une accélération, puis un ralentissement des mouvements respiratoires et cardiaques, des phénomènes paralytiques et convulsifs, du coma, un nystagmus très accusé, du myosis ou de la mydriase, des suffusions sanguines intestinales, de l'exagération des sécrétions intestinales et bronchiques au début; en résumé une période initiale d'excitation à laquelle succède une période de dépression, qui mène au coma.

Dans l'intoxication chronique, il se produit rapidement des lésions de l'estomac, de l'intestin et des reins, qui peuvent entraîner la mort parfois à brève échéance. H. BOURGES.

E. WARTMANN. Alkoholismus und Epilepsie in ihren wechselseitigen Beziehungen (*Arch. f. Psychiat., XXIX, p. 933*).

On n'est pas encore bien fixé sur le rôle précis que joue l'alcoolisme dans le développement de l'épilepsie. Pour certains auteurs, l'alcoolisme peut jouer le rôle de cause efficiente, pour d'autres il ne serait qu'un agent provocateur faisant éclore l'épilepsie chez un sujet prédisposé ou épileptique de naissance. Pour d'autres encore l'alcoolisme ne provoque pas directement des convulsions épileptiformes ; il engendre des lésions cérébrales qui, à leur tour, se traduisent par des manifestations convulsives.

Pour élucider cette question d'étiologie et de pathogénie, Wartmann a fait une enquête sur les nombreux malades hospitalisés à l'asile pour épileptiques de Berlin. Il est arrivé, somme toute, à ce résultat que, dans un très petit nombre de cas seulement, l'alcoolisme figurait dans les antécédents des malades, comme unique facteur étiologique susceptible de rendre compte du développement de l'épilepsie. Il s'est attaché à démontrer que la création d'une forme spéciale d'épilepsie alcoolique n'avait pas sa raison d'être, sans pour cela vouloir rapetisser l'influence funeste que l'alcoolisme exerce sur la marche de l'épilepsie déjà existante, sur la fréquence et l'intensité des attaques.

L'auteur a relevé d'autre part, chez beaucoup d'épileptiques, une propension très marquée à l'abus des boissons alcooliques. Il pense que ce penchant vicieux est beaucoup moins le fruit de l'hérédité directe, beaucoup d'épileptiques étant des descendants d'alcooliques, qu'une conséquence de l'éducation première reçue par ces malheureux, et des mauvaises conditions d'hygiène morale dans lesquelles ils ont vécu.

E. RICKLIN.

E. MEYER. Ueber Rippenbrüchigkeit bei Geisteskranken (Sur la fragilité des côtes chez les déments) (*Arch. f. Psychiat., XXIX, p. 850).*

De ses recherches personnelles, l'auteur se croit autorisé à conclure que chez les sujets non déments et réalisant des conditions physiologiques, la solidité des côtes diminue avec les progrès de l'âge. Elle diminue encore davantage sous l'influence des maladies consomptives. D'une façon générale, les côtes sont plus aplaties chez la femme, et par suite moins résistantes que chez l'homme.

Les recherches faites sur la solidité des côtes chez 27 déments, dont 11 paralytiques généraux, ont conduit à cette première constatation que si une fragilité anormale des côtes est un fait habituel chez ces sortes de malades, cette fragilité anormale n'a rien à voir avec l'ostéomalacie (1 seul cas d'ostéomalacie sur les 27 cas explorés). Elle est la conséquence d'une atrophie simple, excentrique. Chez les déments dont les côtes présentent une fragilité insolite, ces os fournissent une quantité moins considérable de cendres. Les éléments minéraux qui correspondent à celles-ci sont remplacés par de la graisse. Bref, chez les déments en question, les côtes sont le siège d'une raréfaction des sels minéraux et d'une hypertrophie compensatrice du tissu adipeux, processus bien distinct de celui qui caractérise l'ostéomalacie. Z. RICKLIN.

K. KRAUSE. Ueber eine bisher wenig beachtete Form von Gesichtstäuschung bei Geisteskranken (Sur une forme d'hallucinations de la vue, survenant chez des déments) (*Arch. f. Psychiat., XXIX, p. 830*).

Il s'agit de 3 cas de folie chronique (paranoia) de la forme hallucinatoire, dont l'un s'est terminé par la guérison. Les 3 cas ont cela de commun qu'ils se sont accompagnés d'hallucinations visuelles de la même espèce : les malades croyaient voir en mouvement des objets au repos ; ou bien ils voyaient des objets en mouvement se mouvoir autrement que cela n'avait lieu en réalité. Bref, les hallucinations de la vue avaient exclusivement trait à la situation des objets dans l'espace, et nullement à la forme, aux contours, à la couleur de ces mêmes objets. En outre, ces hallucinations se produisaient alors que les facultés de perception des malades n'étaient pas autrement troublées.

L'analyse que l'auteur a faite de ce genre d'hallucinations visuelles l'a conduit aux conclusions suivantes :

La plupart des hallucinations visuelles se produisent par voie purement psychique. Elles sont dans un rapport très étroit avec les représentations intellectuelles des déments ; leur apparition est favorisée par l'exagération ou la suppression de certaines activités (associations) psychiques. Au contraire, pour certaines hallucinations visuelles, qui ont trait au mouvement apparent de corps au repos, il est impossible de trouver un rapport quelconque avec les fonctions psychiques supérieures. Nous ne pouvons nous expliquer leur développement qu'à la faveur d'un processus morbide ayant pour siège les conducteurs qui nous fournissent des renseignements sur les mouvements des yeux, ou le centre auquel ils aboutissent ; il s'agit de l'appareil à l'aide duquel nous nous rendons

compte des positions respectives des objets et de leurs déplacements. Quant à la voie optique proprement dite et à son centre, qui concourt avec l'appareil en question pour nous fournir des représentations visuelles des phénomènes antérieurs, elle n'est point intéressée au développement des hallucinations de la vue, dont il a été question en dernier lieu. E. RICKLIN.

TRÉNEL. Confusion mentale primitive (forme stuporeuse) chez une fillette de 9 ans (*Normandie méd.*, *1er août 1897*).

Fillette de 9 ans. Tante et cousins névropathes, épileptiques ou aliénés. A la suite d'une grande frayeur, trouble profond de l'intelligence ayant débuté par une période de vive agitation avec divers troubles hallucinatoires. Puis l'enfant perd la notion du monde extérieur et ne réagit plus à aucune excitation. Tantôt elle reste dans un état d'immobilité absolue avec sialorrée continuelle ; tantôt elle se meut d'une façon automatique, inconsciente et opposant à tout une sorte de résistance passive. Les symptômes physiques ont consisté en insomnie, amaigrissement, état saburral. Au bout de 6 semaines diminution des accidents qui peu à peu ont disparu. Retour à la santé quatre mois après le début. OZENNE.

LÖWENFELD. Zur Lehre von der neurotischen Angstzuständen (Des états neurotiques d'angoisse) (*Münch. med. Woch.*, *nos 24 à 25, p. 635 et 673, 15 et 22 juin 1897*).

Les conditions étiologiques des états de peur ou d'angoisse neurotiques paraissent, à Löwenfeld, les suivantes : 1° l'hérédité n'est pas constante, son rôle paraît tout au moins se borner à augmenter l'activité pathogène d'autres moments étiologiques ; 2° les causes essentielles, ordinairement nécessaires à l'éclosion de ces idées délirantes, sont une série d'influences nocives somatiques et psychiques. Parmi les causes somatiques, les troubles sexuels l'emportent ; parmi les causes psychiques, ce sont les émotions ; mais il n'existe pas de cause spécifique, c'est-à-dire un moment étiologique uniforme retournant dans tous les cas ; 3° les causes accessoires sont les conditions qui ne viennent que temporairement exagérer les altérations du système nerveux, provoquées par les causes essentielles ; 4° enfin, les causes déterminantes, qui coïncident en partie avec les causes accessoires, sont celles qui déterminent immédiatement l'accès. C. LUZET.

I. — George ROHÉ. The etiological relation of pelvic disease in women to insanity (*Brit. med. Journ.*, *p. 766, 25 sept. 1897*).

II. — A.-T. HOBBS. Surgical gynecologia in insanity (*Ibid.*, *p. 769, 25 sept. 1897*).

I. — L'auteur discute la question des relations réciproques de l'aliénation et des troubles utérins, et sans la trancher complètement, il constate la très grande fréquence des désordres génitaux chez les femmes aliénées. D'après Davenport, la proportion serait de 80 0/0. Suit une statistique détaillée de 34 cas d'aliénées traitées pour des affections utérines. Sur

ces cas, 11 guérirent complètement, au point de vue physique et mental, 9 furent très améliorées au point de vue mental, tandis que 11 guérirent sans amélioration de leur folie ; trois succombèrent aux suites de l'opération. La proportion totale de guérisons serait de 32 0/0.

II. — La chirurgie gynécologique a été introduite depuis deux ans et demi comme méthode rationnelle de traitement des aliénés dans le district d'Ontario, où existent 600 aliénées, et a produit de remarquables résultats.

Sur 100 folles, on compte des désordres utérines chez 93 : proportion bien plus considérable que celle qu'indique Wiglesworth (60 0/0). 14 fois, la divulsion et le curetage furent pratiqués pour des endométrites et pour des involutions utérines, 8 de ces cas furent améliorés : 57 0/0 retrouvèrent la raison. 27 malades furent atteintes de métrite du col et curetées, 11 guérirent de leur folie, toutes de leur lésion utérine.

11 femmes étaient atteintes de déplacement utérin : 8 subirent l'opération d'Alexander, et 3 guérirent de leurs troubles mentaux.

L'hystérectomie fut pratiquée 12 fois, 7 fois par voie vaginale, 5 fois par voie abdominale. 3 moururent, 2 retrouvèrent la raison, 3 furent améliorées, 5 n'éprouvèrent pas de mieux.

Sur 10 femmes atteintes de lésions tubo-ovariennes, 1 mourut, les 9 autres guérirent de leurs lésions, et sur ces 9, 6 recouvrèrent complètement la raison.

En résumé, 37 0/0 de guérisons totales, 22 0/0 d'améliorations sensibles, 3 0/0 de non-réussite. H. RENDU.

G. ANGELUCCI et A. PIERACCINI. Sulla oportunità ed efficacia della cura chirurgico-ginecologica nella nevrosi isterica e nelle alienazioni mentali (*Riv. sper. di fren., XXIII, p. 290*).

Les auteurs se sont livrés à une enquête internationale sur les résultats que les opérations gynécologiques ont fournis chez les hystériques et les aliénées. Ces résultats sont loin d'être brillants, puisque sur 109 cas on n'a constaté d'effets favorables que chez 17 personnes, chez les 92 autres les effets ont été nuls ou nuisibles ; les auteurs ne comptent pas moins de 77 femmes dont l'état nerveux aurait empiré à la suite de l'opération chirurgicale. Ils concluent donc qu'on doit s'abstenir de toute intervention opératoire gynécologique dirigée exclusivement contre des troubles nerveux (hystériques ou psychopathiques), les interventions de ce genre ne devant être dictées que par l'état même des organes sexuels. Si cependant on était forcé par les circonstances d'en arriver chez les malades de ce genre à un acte opératoire gynécologique, il faudrait se contenter de simuler cet acte, au besoin avec effusion de sang.

PIERRE MARIE.

W. DE COULON. Ueber Thyroïdea und Hypophysis der Cretinen, sowie über Thyroïdealreste bei Struma nodosa (*Arch. f. path. Anat., CXLVII, 1*).

W. de Coulon examina la glande thyroïde et l'hypophyse de 4 crétins et d'un sujet qui avait l'intelligence bien développée, mais dont le corps présen-

tait l'habitus d'un crétin. La glande thyroïde n'était pas complètement atrophiée, mais sa structure était modifiée profondément. Les vésicules étaient petites ou avaient en partie disparu ; le tissu conjonctif avait subi par contre une hypertrophie notable. La substance colloïde faisait défaut dans la plupart des vésicules et des vaisseaux lymphatiques de la glande thyroïde. L'épithélium qui tapissait les vésicules montrait les altérations suivantes : le protoplasma des cellules, surtout de celles qui revêtent les petites vésicules, est trouble, granuleux ; les cellules mêmes sont irrégulières et semblent en train de subir une destruction partielle. Les noyaux de ces cellules présentent surtout des signes de dégénération : la chromatine quoique abondante, s'est tassée à la périphérie du noyau auquel elle donne un aspect épineux, massif et irrégulier.

D'autres noyaux sont volumineux et comme vésiculeux. Ces altérations semblent être en rapport avec les propriétés particulières de la substance colloïde qu'on trouve encore dans quelques vésicules : au lieu d'être fluide, cette substance colloïde est dense et se colore d'une façon intense avec l'hématoxyline.

De Coulon a observé des altérations analogues dans les restes, c'est-à-dire les portions atrophiées du corps thyroïde que le chirurgien enlève avec le goitre.

Les hypophyses des 5 crétins précédents furent étudiées comparativement : elles étaient pourvues de peu de cellules chromophiles ; les cordons cellulaires, quoique riches en cellules nucléées, étaient minces. Il est possible que ce soit là des signes de l'atrophie de l'hypophyse. ÉD. RETTERER.

Ch. FÉRÉ. Note sur un cas de mélanodermie récurrente chez un épileptique apathique (*Nouv. icon. de la Salpêtrière, sept. 1897*).

Observation d'un épileptique présentant des accès d'apathie avec confusion mentale sans délire et accompagnés d'amaigrissement. Ces accès s'accompagnent d'une forme de mélanodermie qui rappelle la maladie des vagabonds. L'absence complète de lésions irritatives, de toute trace de grattage indiquait qu'il ne s'agissait pas d'une mélanodermie de cause externe, mais d'un trouble trophique lié à l'état général et méritant d'être rapproché des troubles trophiques des poils et des ongles qu'on peut observer dans les mêmes circonstances. G. LYON.

J. SÉGLAS. Considérations cliniques et médico-légales sur l'amnésie rétrograde dans l'épilepsie (*Ann. d'hyg. publ., mai 1897*).

Relation de 2 faits montrant que l'amnésie épileptique ne porte pas toujours exclusivement sur la période de la crise mais peut, occasionnellement, s'étendre à une période antérieure.

L'amnésie rétrograde vraie, consécutive à un ictus épileptique, doit être soigneusement distinguée d'un certain nombre de cas où le caractère rétrograde de l'amnésie n'est qu'apparent. Par exemple, l'accès convulsif peut être précédé d'une période d'aura délirante qui se trouve englobée dans l'amnésie consécutive, ou bien a pu être précédé d'un vertige, sans intervalle suffisant pour que le malade soit revenu complètement à lui. On doit encore ne pas confondre l'amnésie rétrogade avec les troubles plus généraux de la conscience dépendant d'un état de confusion post-épileptique. Enfin, il est des épileptiques ayant de l'amnésie rétrograde tenant à d'autres facteurs (alcoolisme, traumatisme).

Au point de vue médico-légal, il est important de connaître ces faits d'amnésie rétrograde qui prouvent que des actes entrepris et exécutés volontairement, en dehors de toute manifestation comitiale, s'accompagnant de toute la conscience que comporte l'état mental habituel du sujet, peuvent cependant être oubliés parce qu'un ictus épileptique est survenu pendant ou même après leur exécution.

Dans l'ignorance de ces faits, le médecin légiste pourrait croire, soit que l'individu simule la perte de la mémoire, soit, au contraire, qu'il a commis les actes incriminés pendant la phase épileptique et sous sa dépendance. J. B.

I. — BRAUN. Ueber die chirurgische Behandlung der traumatischen Jackson-Epilepsie (*Berlin. klin. Woch., p. 968, 26 oct. 1896*).

II. — SCHEDE. Même sujet (*Ibid., p. 969*).

I. — Homme de 24 ans ayant reçu le 18 mai 1884 une blessure au côté droit de la tête suivie de perte prolongée de la connaissance et d'hémiplégie gauche. En mars 1888, premiers accès convulsifs; ils partaient du pouce et de la main gauches et restaient limités au membre supérieur et à la moitié gauche du visage. Sensibilité extrême au contact d'une région circonscrite du crâne. Le 1er décembre 1889, on ouvre un kyste situé en ce point; la sensibilité douloureuse cesse, mais les accès épileptiques ne sont nullement modifiés. Le 9 mars 1890, trépanation nouvelle sur le centre des muscles de la face et sur celui des membres supérieurs. On renonce à extirper le centre du pouce et de la main, parce qu'à son niveau l'os était très épaissi et que la surface du cerveau semblait normale. Durant les 8 premières semaines suivantes, il n'y eut qu'une attaque convulsive ; puis, elles se multiplièrent et se généralisèrent, en s'accompagnant de perte de la conscience. Le 15 novembre 1890, on rouvrit la cicatrice pour exciser le centre moteur des doigts. Les deux premiers jours, le malade eut encore quelques légers accès et, depuis lors, plus rien ; il y a 6 ans maintenant, de sorte qu'on peut considérer la guérison comme définitive.

Braun a trouvé dans la littérature, depuis 1889, 18 autres cas d'excision d'un centre cortical convulsivant ; si on y ajoute 2 observations dans lesquelles les méninges excisées supportaient des portions d'écorce cérébrale arrachées, une autre dans laquelle on fit l'ablation d'un prolapsus cérébral, enfin celle de Braun ci-dessus, cela fait 22 cas d'excision d'un centre moteur pour épilepsie traumatique.

Dans tous ces faits, sauf un, les paralysies avaient disparu au bout de quelques semaines. Les convulsions débutèrent chez 9 malades par le pouce et la main, chez 6 par l'épaule, chez 2 par le visage et l'épaule et chez les deux restants par le visage ou par la jambe. 4 fois l'opération fut infructueuse, 4 fois elle fut suivie d'amélioration, 14 fois elle fit cesser l'épilepsie ; malheureusement, 5 de ces malades seulement ont été suivis plus d'un an. Il est donc encore impossible de se prononcer sur la valeur de l'excision d'un centre moteur pour guérir l'épilepsie de Jackson.

Les renseignements font également défaut quand on veut apprécier les résultats définitifs de la résection partielle seule du crâne ou des méninges. Dans les 6 dernières années, Br. n'a trouvé que 3 cas où la guérison ait été constatée après plus d'un an, tandis qu'il a rencontré

plus de 60 observations publiées dans les premières semaines ou les premiers mois qui ont suivi l'opération.

II. — Schede cite le fait suivant que montre l'efficacité d'une opération même tardive.

Soldat ayant reçu en 1870 un coup de feu en séton dans l'épicrâne, immédiatement à côté de la suture sagittale. 6 semaines plus tard, première attaque convulsive et dès lors accès de plus en plus répétés d'épilepsie jacksonienne. En 1889, cet homme vint trouver Schede qui se décida à intervenir, bien que le crâne n'offrît extérieurement aucune inégalité. Le long du canal du projectile, soit sur une longueur de 6 centimètres, le crâne était simplement éburné et épaissi ; mais en dedans, la table vitrée, réduite en esquilles, sur une longueur de 4 ou 5 centimètres, formait une arête tranchante de 1 centimètre de hauteur qui s'était creusé un profond sillon dans le cerveau et avait provoqué de l'épaississement et des adhérences des méninges. Les suites de l'opération furent très favorables. Sans cesser complètement, les convulsions ne se produisirent plus qu'à la suite d'un travail prolongé en posture courbée, les étourdissements et les douleurs de tête disparurent, la mémoire revint, enfin les droits du blessé à une pension furent reconnus. J. B.

Joseph COLLINS. A contribution to the pathology of epilepsy, etc. (*Brain, part LXXV, p. 366*).

1° Un jeune homme atteint d'épilepsie jacksonienne a une convulsion assez nettement localisée pour permettre le diagnostic d'une lésion du centre cortical de la main. On le trépane et on excise le centre en question. Pendant un an les attaques cessent complètement, et la seule conséquence opératoire est un certain degré d'impotence fonctionnelle de la main.

L'examen histologique du fragment de cerveau enlevé démontre la présence d'un foyer de méningo-encéphalite, de l'endartérite des vaisseaux de la piemère et de l'écorce, des lésions dégénératives secondaires des cellules ganglionnaires ; enfin, de petits îlots de ramollissement plus ou moins remplacés par du tissu de névroglie.

2° Femme de 30 ans, atteinte d'épilepsie jacksonienne correspondant au centre cortical de la jambe. Opération et ablation du noyau cortical supposé malade. L'examen histologique montre de nombreux foyers d'hémorragie capillaire situés dans les couches profondes de l'écorce ; les cellules pyramidales corticales sont devenues rares et dégénérées pour la plupart. H. R.

PATHOLOGIE EXTERNE
ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

GURLT. Narkosen-Statistik (*Berlin. klin. Woch., n° 21, p. 459, 24 mai 1897*).

La statistique, qui embrasse 2 ans, porte sur 29,596 cas d'anesthésie chirurgicale pour 1895-1896 et sur 23,173 pour 1896-1897. Le total se décompose en 27,025 chloroformisations avec 29 décès et 19,856 éthé-

risations avec 3 décès ; 996 anesthésies par le mélange de Billroth, 4,927 par l'emploi simultané d'éther et de chloroforme et 1,489 par le bromure d'éthyle qui n'ont pas donné lieu à des morts.

Si l'on réunit ces chiffres à ceux des années antérieures sur lesquelles porte la statistique de la Société allemande de chirurgie, on trouve que le chloroforme occasionne 1 décès sur 2,039 anesthésies ; l'éther 1 sur 5,090 ; le mélange de Billroth 1 sur 3,807 ; le bromure d'éthyle 1 sur 5,228 ; l'éther avec le chloroforme employés simultanément 1 sur 7,594 ; enfin le pental, dont le nom a disparu des dernières statistiques, 1 sur 213.

Suivant les années, la mortalité oscille avec le chloroforme entre 1 sur 1,100 et 1 sur 4,200 ; avec l'éther, entre 1 sur 2,300 et 1 sur 6,700. Dans les trois premières statistiques annuelles, l'éther n'avait causé aucune mort.

Actuellement la statistique comprend en tout 327,000 anesthésies avec 134 décès, soit 1 sur 2,444. On signale plusieurs cas de pneumonie et de néphrite parenchymateuse à la suite de chloroformisations et divers exanthèmes à la suite d'éthérisations. J. B.

Georg GOTTSTEIN. Die Verwendung der Schleich'schen Infiltrationsänaesthesie (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 41, 12 oct. 1896*).

Dans les cinq derniers mois, Mikulicz a pratiqué 118 opérations sur 109 patients à l'aide de l'anesthésie par infiltration de Schleich. La moitié de ces opérations concernaient des tumeurs qui, 2 fois seulement, atteignaient les dimensions d'une tête d'enfant (lipomes), mais furent faciles à énucléer. Parmi les grandes opérations, se trouvent 10 gastrostomies.

M. estime surperflues les pulvérisations préalables d'éther ; il adjoint à l'anesthésie par infiltration, l'ischémie d'Esmarch.

La quantité de la solution de cocaïne injectée n'a jamais excédé 50 centimètres cubes ; l'anesthésie a persisté au moins une demi-heure. 2 malades seulement ont offert quelques phénomènes d'intoxication : l'un, une syncope avec cyanose et dyspnée ; l'autre, un violent accès de toux spasmodique. J. B.

W. NOETZEL. Ueber die Infektion granulirender Wunden (*26e Congrès de chir. Berlin, 21 avril 1897*).

Les expériences de N. lui ont montré que les surfaces bourgeonnantes des plaies sont perméables aux toxines et aux substances chimiques, mais ne sont pas pénétrées par les bactéries. Des microbes du charbon, du tétanos déposés sur les plaies n'ont pas infecté les animaux ; ils disparaissent au bout de quelques jours. Sur les plaies récentes, au contraire, l'infection est rapide. A. C.

I. — GALLANT. Balsam of Peru and castor oil as a surgical dressing (*Med. Record 27 mars 1897*).

II. — VAN ARSDALE. The origin of the balsam-oil dressing (*Ibid.*).

I. — Le travail de G. a été fait d'après les statistiques de van Arsdale

(Good Samaritan and Eastern dispensaries de New-York) qui portent sur 29,000 pansements faits avec l'huile de ricin additionnée de 5 à 6 0/0 de baume du Pérou, une proportion plus forte ayant été reconnue trop irritante. L'huile balsamique ainsi préparée est répandue sur de la gaze dont plusieurs épaisseurs sont placées sur la plaie puis recouvertes de soie ou de mousseline également imbibée, le tout maintenu par un bandage ou par un emplâtre adhésif.

La qualité première de ce pansement est son grand pouvoir d'absorption, tel que les sécrétions provenant de la profondeur des plaies ou des abcès, trouvent ainsi un écoulement facile. Les cavités sanieuses ne doivent pas être bourrées mais pansées à plat, l'huile balsamique s'opposant par elle-même à une réunion trop hâtive. Sur les 29,000 pansements, un tiers environ étaient d'ordre chirurgical. Il s'agissait en général de brûlures, de plaies par armes à feu, d'abcès chauds, de suppurations ganglionnaires, de bubons, d'ulcères variqueux, de chancres, etc. Dans les brûlures, l'ampoule était crevée et si la suppuration avaient déjà pris place, la peau était enlevée, puis la surface sanieuse, saupoudrée avec du sous-iodate de bismuth, était pansée avec l'huile balsamique ; la prolifération épithéliale se faisait alors remarquablement vite, avec cicatrices bien souples et lisses. Dans les morsures et piqûres d'animaux ou d'insectes, sans cautérisation préalable, l'union était très prompte, de volumineux abcès ganglionnaires furent guéris parfois dans l'espace de trois jours après leur débridement, sans grattage ni irrigations, par un simple tube à drainage coupé au ras de la peau et recouvert de plusieurs épaisseurs de gaze huilée. Dans ces cas, le pansement doit être maintenu par du tissu caoutchouté. En résumé : l'huile balsamique effectue un drainage continu, une absorption jusqu'à saturation, de sorte que les ulcères, abcès, plaies, etc., se détergent et se sèchent, sans crainte de rétention des sécrétions et sans provoquer ni rougeur ni eczéma, ni adhérence du pansement. Le pansement doit être refait deux ou trois fois par semaine.

II. — Traitant un ulcère très rebelle par un pansement à l'huile d'olive additionnée de baume du Pérou, van A. eut l'idée de substituer à l'huile d'olive l'huile de ricin dont le pouvoir dissolvant est plus grand. CART.

Paul THIÉRY. Le pansement picriqué : Des divers modes, technique et innocuité (*Gaz. des hôp., 11 sept. 1897*).

T. continue l'étude du pansement picriqué qu'il a appliqué avec grand succès au traitement des brûlures. Il l'emploie également pour les plaies des téguments, certaines plaies torpides.

Les préparations dont on peut faire usage sont l'alcool, l'eau, l'éther, la gaze, la baudruche picriqués, les pommades sont sans valeur. L'alcool a l'avantage de permettre une décoloration plus rapide des mains, mais celle-ci, même après l'emploi de l'eau, s'obtient très bien avec un rinçage avec de l'eau ammoniacale ou du carbonate de lithine.

T. signale quelques cas très rares et sans gravité d'érythèmes dus à ce traitement, comme avec tous les antiseptiques ; par contre, il donne les observations d'érythèmes médicamenteux (iodoforme, salol, etc.), qui ont rapidement disparu avec le pansement picriqué. A. CARTAZ.

Hermann OPPENHEIM. Die differentialdiagnose des Hirnabscesses (*Berlin. klin. Woch.*, *9 nov. 1896*).

Oppenheim a été consulté par des auristes ou des chirurgiens dans 35 cas d'abcès cérébral, plus ou moins probable. 3 fois il a diagnostiqué à tort un abcès et constaté qu'il s'agissait soit d'une méningite purulente soit d'une méningite tuberculeuse, soit d'une otite simple. 18 fois il a repoussé avec raison l'idée d'un abcès, à savoir dans 4 cas d'encéphalite non purulente, dans 1 de tumeur cérébrale, dans 3 de suppuration extra-durale avec thrombose des sinus, dans 3 de méningite cérébro-spinale purulente, dans 3 d'otite simple, dans 1 d'otite avec artériosclérose, dans 1 de suites d'une trépanation mastoïdienne et dans 2 d'hystérie. D'autre part, il a affirmé 14 fois l'existence d'un abcès cérébral ; 4 de ces cas sont antérieurs à l'ère chirurgicale. Sur les 10 restants, 5 fois Oppenheim s'est opposé à une opération, soit parce qu'il avait diagnostiqué simultanément la rupture de l'abcès ou la coexistance d'une méningite, soit parce qu'il n'osait pas localiser le foyer, soit enfin parce que le malade était moribond.

Dans les 5 autres cas, au contraire, la trépanation du crâne lui a semblé urgente ; 2 fois l'abcès ne fut pas trouvé ; chez l'un des malades, la vaste incision du lobe temporal n'avait pu atteindre le foyer placé 1/2 centimètre en avant; la mort survint quelques heures plus tard. Chez l'autre malade, qui avait un abcès du lobe frontal, celui-ci était situé si en dedans que l'aiguille, introduite à plusieurs reprises, pénétra toujours en dehors du foyer et l'on n'osa pas faire l'incision en l'absence de symptômes certains de localisation. Il ne reste donc que 3 cas où l'on ait rencontré l'abcès à l'endroit attendu. L'opération fut suivie chaque fois de la disparition des troubles morbides, mais 1 seul des opérés guérit durablement, tandis que les 2 autres succombèrent, l'un à une méningite, l'autre à une méningite suppurée après avoir encore été opéré avec succès d'un nouvel abcès cérébral. J. B.

Gérard MARCHANT et H. HERBET. De la résection du ganglion de Gasser dans les névralgies faciales rebelles (*Rev. de chir.*, *p. 287*, *avril 1897*).

Une lésion gassérienne peut être l'origine de certaines névralgies faciales. C'est donc à la destruction du ganglion de Gasser qu'il faut recourir pour obtenir la guérison. Dans les cas où, le ganglion extirpé et constaté sans lésions, les névralgies ont cependant disparu, on peut expliquer la guérison par la destruction de ce centre nerveux, qui renferme les neurones ou cellules nerveuses, dont la simple section des nerfs ne supprime que les prolongements.

La voie temporo-sphénoïdale est la plus commode pour aborder le ganglion, la recherche de ses branches et surtout du maxillaire inférieur dans le trou ovale constitue les points de repère les plus sûrs pour découvrir et saisir le ganglion. L'extirpation complète est possible.

Le plus souvent le ganglion a été incomplètement extirpé et détruit, soit par le curetage ou le broiement; souvent même on s'est contenté de la section d'une de ses branches.

L'hémorragie, la blessure des nerfs, la compression cérébrale sont les différents accidents opératoires immédiats. Comme accidents consécutifs on a à redouter, en dehors de l'infection, de l'intoxication iodoformée, les troubles oculaires, exceptionnellement les otites.

Comme résultat immédiat, il faut noter la cessation de la douleur, mais aussi l'abolition de la sensibilité générale dans le territoire des trois branches et surtout des deuxième et troisième branches ; cette anesthésie ne persiste pas longtemps. Le goût, l'odorat, l'œil, l'ouïe se trouvent diversement modifiés. Les mouvements de la mâchoire peuvent rester gênés.

Au point de vue thérapeutique, la récidive est moins à redouter avec la destruction du ganglion qu'avec la simple section des branches. Il ne semble pas, jusqu'à présent, que l'extirpation complète soit supérieure à la destruction simple du ganglion. F. VERCHÈRE.

I. — L. REHN. Ueber penetrirende Herzwunden und Herznaht (*Berlin. klin. Woch., nº 20, p. 435, 17 mai 1897*).

II. — Discussion du XXVIe Congrès de la Société de chirurgie allemande (*Ibid., p. 436*).

I. — Jeune homme de 22 ans ayant reçu, le 7 septembre 1896, un coup de couteau au côté gauche de la poitrine. Entré à l'hôpital dans un état désolant et couvert de sang partout ; dyspnée extrême, cyanose, pouls presque insensible, petite plaie dans le quatrième espace intercostal gauche, matité cardiaque agrandie vers la droite ; bruits du cœur purs. Le lendemain, la matité s'est considérablement étendue, mais l'état général est meilleur. Le 9, aggravation, pouls petit, 76 respirations ; matité de nouveau accrue, aspect de mourant. Opération par Rehn : incision de la plèvre, dans le quatrième espace intercostal, avec section de la cinquième côte.

Mise à découvert du péricarde et dilatation de la plaie péricardique. Le péricarde ouvert, on constate une plaie de 1 centimètre 1/2 du ventricule droit ; il n'y a pas d'issue de sang pendant la systole et on peut comprimer la plaie avec le doigt sans gêner l'action du cœur. Application pendant la diastole de trois sutures à la soie. Lavages salés de la plaie ; tamponnement du péricarde et de la plèvre avec gaze iodoformée. Immédiatement, le pouls et la respiration redeviennent meilleurs. La guérison fut retardée par une pleurésie purulente qui nécessita la réouverture de la plaie ; mais le péricarde ne s'infecta pas. Le malade présenté est en bonne santé, à part des battements cardiaques très vifs.

II. — Bardenheuer cite un cas dans lequel, pensant à une plaie du diaphragme, on ouvrit la plèvre, sans trouver de blessure. Le blessé ayant succombé au bout d'une quinzaine, on découvrit le projectile dans l'oreillette droite.

Sendler relate un fait de plaie du cœur par arme à feu, guérie spontanément. L'hémopéricarde augmenta beaucoup le 2e jour ; le malade n'avait plus de pouls et était couvert de sueurs froides.

Sans que Sendler intervînt, le pouls reparut peu à peu et l'épanchement diminua graduellement.

Riedel (d'Iéna) a opéré un empyème gauche consécutif à un coup de revolver. Le 10e jour seulement, survinrent de la dyspnée et de l'augmentation de la matité cardiaque. Le péricarde, énormément épaissi, offrait un trou obturé par de la fibrine. *Riedel* incisa le péricarde, évacua le pus sanglant mais, au même instant, l'air en pénétrant vint rendre tout le liquide mousseux. R. appliqua un tampon, mais le blessé mourut

Riedel (de Bonn) rend compte d'un cas de suture du péricarde qui a guéri.

Koerte a pratiqué 3 fois l'incision du péricarde, 2 fois pour empyème et 1 fois pour épanchement ; tous ses opérés ont succombé. J. B.

Ch. SCHULZ. Die totalen Rupturen der Arteria poplitea (*Deut. Zeitschr. f. Chir., XLVI, p. 476 à 523*).

L'auteur insiste sur la fréquence et sur la gravité des ruptures totales de l'artère poplitée. La gangrène arrive souvent à la suite de ces ruptures. Il cite 34 cas de ruptures, tirés de différents auteurs.

Dans ces 34 cas, on n'a pas pu conserver le membre atteint. Au point de vue du traitement, la ligature de l'artère, après évacuation de l'hématome, donne presque toujours de la gangrène, et cependant on est le plus souvent réduit à faire la ligature ; l'amputation est la conséquence de la gangrène. Avec Rose, l'auteur recommande la ligature à l'endroit même de la rupture, et non en un point éloigné, suivant la méthode de Hunter. MARCEL BAUDOUIN.

I. — J. WOLFF. Ueber halbseitige Strumectomie bei Morbus Basedowii (*Berlin. klin. Woch., n° 43, p. 945, 25 oct. 1897*).

II. — " Société médicale de Hambourg. " Discussion : Ueber die chirurgische Behandlung des Morbus Basedowii (*Ibid., n° 28, p. 613, 12 juill. et n° 40, p. 877, 4 oct. 1897*).

I. — Wolff présente une femme de 30 ans qu'il a opérée il y a 5 ans pour un goitre exophtalmique, occasionnant une forte dyspnée. Il a enlevé la moitié gauche de la tumeur pesant 86 grammes, en laissant l'autre moitié qui était plus volumineuse ; la trachée était en fourreau de sabre. Immédiatement après l'opération, les troubles respiratoires seuls disparurent. Dans le cours des mois suivants, le poids de la malade augmenta de 24 livres et peu à peu les symptômes morbides persistants rétrogradèrent. Onze mois après l'opération, cette femme s'est mariée et a eu un enfant les deux années suivantes.

Actuellement, le reste du goitre a les dimensions d'une prune ; l'exophtalmie est insignifiante, ainsi que le tremblement ; le signe de Graefe est à peine marqué. Les sueurs ont cessé, le sommeil est excellent et les battements du cœur absolument normaux (70). Les signes de Stellwag et de Moebius, la céphalée et les bourdonnements d'oreille n'existent plus.

II. — Kümmell a fait 17 opérations sur 16 goitres exophtalmiques, sans perdre un de ses malades et sans que jamais l'intervention ait empiré leur état. 2 des opérées n'ont éprouvé aucune amélioration ; l'une d'entre elles a présenté une récidive de la tumeur qui a nécessité une nouvelle opération il y a quelques semaines. Chez certains malades, il y a eu disparition complète des symptômes objectifs : tachycardie, exophtalmie, signe de Graefe ; chez d'autres, l'exophtalmie et le signe de Graefe ont persisté, très atténués. Presque tous ont une fréquence normale du pouls (70-80).

Nonne présente un homme de 52 ans qui a été opéré par J. Lemke, il y a 8 ans. Sans qu'on puisse le considérer comme guéri, il est redevenu capable de travailler. L'amélioration a surtout porté sur les troubles

fonctionnels ; le nervosisme a beaucoup diminué et l'insomnie a disparu. Il reste de la tendance aux palpitations et à l'oppression, un degré moyen d'exophtalmie, les signes de Graefe, de Stellwag et de Moebius ; le cœur bat 120 fois par minute.

Lauenstein n'a opéré que 5 goitres exophtalmiques qui ont tous bénéficié considérablement de son intervention, mais jamais la guérison n'a été complète. Il est d'ailleurs certain que la maladie de Basedow peut guérir spontanément, tel est le cas pour la femme présentée par Lauenstein, ce qui le rend très sceptique quant à l'efficacité de l'opération.

Embden, considérant l'insuccès de l'alimentation thyroïdienne dans le goitre exophtalmique, estime qu'il serait rationnel de tenter le traitement par l'iodothyrine pure dont il a, comme Baumann, trouvé la quantité très diminuée dans le corps thyroïde des basedowiens.

Saenger, tenant compte des résultats incomplets que donne l'opération et de ses dangers, de la terminaison rarement fatale de la maladie, de l'efficacité de la cure aux altitudes moyennes et du traitement hygiénique, pense qu'il n'y a indication chirurgicale qu'en cas de compression de la trachée.

Alsberg a opéré, il y a 4 ans, une femme de 48 ans, malade depuis 2 ans et demi. Il lui a enlevé le lobe droit et la malade, qu'il présente, peut être regardée comme entièrement guérie.

Lenhartz déclare que, de tous les opérés présentés, le seul qui lui paraisse guéri est la femme d'Alsberg. Il insiste sur l'heureuse influence du traitement moral qui lui a suffi, entre autres, pour mettre fin à une diarrhée (10-20 selles profuses par jour) qui épuisait deux malades.

Rumpf maintient l'utilité de l'opération chez les malades de la classe laborieuse qui ne peuvent se soumettre à un traitement très prolongé.

Wiesinger estime que, dans la grande majorité des cas, la strumectomie amène une amélioration de l'état des malades ; mais la même amélioration a été obtenue par les opérations les plus diverses : opérations sur le nez ou ses sinus ; ablation d'un lymphangiome du maxillaire inférieur ; opération d'une cholécystite suppurée, etc.

La strumectomie est d'ailleurs dangereuse ; sa mortalité est d'au moins 10 pour cent.

Wiesinger a perdu un de ses opérés par paralysie du cœur ; 3 autres n'ont éprouvé d'amélioration qu'au bout de plusieurs mois. 2 fois, il a dû lier les 4 artères thyroïdiennes, parce qu'il s'agissait de tumeurs molles, très vasculaires. En somme, l'opération n'est qu'un pis-aller auquel on aura recours aussi longtemps qu'on ne possèdera pas de meilleur moyen pour traiter le goitre exophtalmique.

Fraenkel, tout en reconnaissant que la maladie de Basedow peut avoir une issue fatale, n'est pas convaincu de la légitimité de l'intervention chirurgicale.

Pick a perdu 1 de ses malades pendant l'opération, 1 second 2 jours après ; les 2 autres ont eu une amélioration. J. B.

T. JONNESCO. Résection totale et bilatérale du sympathique cervical dans le traitement du goitre exophtalmique et de l'épilepsie (*Centralbl. f. Chir., 16 janvier, et Congrès de Moscou, août 1897*).

Après avoir retracé en détail l'historique de la question, J. rappelle qu'il a été le premier à proposer la résection du sympathique qu'il regarde comme l'opération de choix, préférable à la section. Cette résection, en réglant par la suppression des nerfs vaso-moteurs la circulation encéphalique troublée, fait disparaître les symptômes de la maladie de Basedow. Chez 3 opérés, l'intervention a eu un plein succès.

J. applique ce même traitement, comme Alexander, à l'épilepsie, dont l'anémie cérébrale semble être le facteur le plus important. Il a opéré 26 malades ; les attaques ont diminué de nombre et d'intensité. Chez quelques-uns la guérison date de près d'un an. A. CARTAZ.

E. FRÄNKEL. De la tuberculose du corps thyroïde (*Berlin. klin. Woch., n° 28, p. 613, 12 juill. 1897*).

C'est à tort qu'on a longtemps considéré le corps thyroïde comme réfractaire à l'envahissement des tubercules ; dans la tuberculose miliaire aiguë généralisée, c'est l'un des organes le plus constamment atteints. Pour déceler les tubercules miliaires, Fr. préconise des coupes de l'organe rayonnantes et convergeant vers le hile. Fr. a observé un bel exemple chez une fillette de 11 ans qui offrit en même temps de nombreux tubercules dans la choroïde.

Dans la phtisie chronique ainsi que dans la tuberculose chronique des séreuses, le corps thyroïde peut être le siège de noyaux caséeux isolés. Enfin, il y a une troisième forme très rare, rencontrée chez une femme de 55 ans qui avait de la dyspnée, de l'enrouement et de la dysphagie avec tuméfaction du cou depuis 4 mois. Croyant à un néoplasme du corps thyroïde, on fit l'opération qui fut très difficile. La malade ayant succombé à une suppuration du médiastin, on reconnut que le lobe thyroïdien droit, considérablement hypertrophié, était traversé de foyers caséeux, dont un certain nombre, plus petits, se trouvaient à la périphérie ; le lobe gauche présentait à son intérieur des foyers calleux ; le microscope montra qu'il s'agissait de tuberculose. Les poumons ne renfermaient que quelques rares granulations tuberculeuses, la tuberculose du corps thyroïde était certainement primitive.

Donc on peut distinguer trois formes de tuberculose thyroïdienne : 1° la miliaire ; 2° les noyaux caséeux ; 3° le goitre. J. B.

L. DESGUIN. Un cas de thyroïdectomie pour maladie de Basedow (*Ann. Soc. belge chir., 15 juin 1897*).

Femme de 37 ans. Augmentation de volume du cou depuis 1 an et, depuis quelques mois apparition des accidents caractérisant le syndrôme de la maladie de Basedow. Comme symptôme frappant on notait de l'accélération du pouls (125).

La thyroïdectomie est pratiquée le 17 novembre 1896. Dissection longue à cause des adhérences ; nombreuses ligatures ; on laisse en place quelques portions de la glande. Ce qui en est enlevé pèse environ 100 grammes. Réunion par première intention.

Pendant les 4 premiers jours qui ont suivi l'opération, le pouls oscille entre 130 et 160, puis tombe à 100 et à 80 à partir du 6e jour. 8 jours après l'intervention, toute excitation cérébrale a disparu. L'état général est redevenu excellent au bout de 6 mois. Persistance d'un léger degré d'exophtalmie.

OZENNE.

SAENGER. Ein operirten Basedow-Fall (Un cas de maladie de Basedow opéré) (*Münch. med. Woch.*, *n° 14, p. 361, 6 avril 1897*).

Femme de 28 ans, opérée le 5 septembre 1895 par extirpation du lobe droit de la glande thyroïde pour une maladie de Basedow qui paraît avoir suivi une attaque intense de grippe. Depuis lors tous les symptômes se sont accentués et la malade se sent plus mal qu'avant l'opération. Asthénopie nerveuse très marquée, pouls 116-120, troubles du caractère, céphalagie violente, hypertrophie des lobes moyen et gauche. C. LUZET.

Julius WOLFF. Vorstellung eines Falles von angeborener Kieferkleinheit mit Kiefersperre (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 12, p. 256, 22 mars 1897*).

Wolff n'a trouvé dans la littérature chirurgicale que cinq faits de micrognathie congénitale (Vrolik, Langenbeck, Küster et 2 cas de Rose). Luimême en a observé deux exemples, compliqués tous deux de constriction permanente des mâchoires ; l'un chez une jeune dame de 19 ans et l'autre chez un jeune homme de 17 ans qu'il présente. Ce malade est né avec l'aide du forceps ; ce n'est que dans la seconde année que la mère a remarqué le peu de développement et de mobilité du maxillaire inférieur.

La micrognathie acquise, plus commune, est due à une constriction des mâchoires résultant d'un traumatisme obstétrical ou d'une inflammation de l'articulation temporo-maxillaire pendant l'enfance ou enfin de rétractions cicatricielles. Mais ici c'est l'ankylose articulaire qui est la lésion protopathique, tandis que la micrognathie n'est que la conséquence de l'atrophie de la mâchoire inférieure.

Enfin parfois, la micrognathie peut apparaître seulement chez l'adulte à la suite d'une ankylose et elle tient alors à l'atrophie des os.

La micrognathie congénitale n'est qu'un premier degré de l'agnathie, car von Winckel a montré qu'en fait il n'existe pas d'agnathie véritable et qu'on découvre toujours un rudiment de maxillaire inférieur.

Chez son jeune malade, Wolff a vainement essayé de se rendre compte, à l'aide des rayons Roentgen, de l'état des apophyses coronoïdes dont la configuration anormale joue quelquefois un rôle dans la constriction permanente des mâchoires.

Le 6 mars, Wolff a pratiqué des deux côtés l'arthrolyse, c'est-à-dire la section de la capsule et des ligaments articulaires, sans aucune résection osseuse. Le résultat immédiat fut que les mâchoires se laissèrent écarter de près de 3 centimètres. J. B.

J. SABRAZÈS et P. BOUSQUET. Macroglossite aiguë et streptococcique (*Presse méd.*, *30 juin 1897*).

Femme de 39 ans entrée à l'hôpital pour des accidents puerpéraux consécutifs à un avortement de 5 mois. Curetage. Apparition de signe de pleurésie,

puis, brusquement, au 6e jour, apparition d'une glossite intense, la langue est triplée de volume, surtout dans la région de la pointe et la zone d'inflammation ne s'étend pas au delà du V lingual. La malade succombe trois jours après à une dyspnée intense avec collapsus cardiaque.

A l'autopsie, pleurésie double à streptocoques, broncho-pneumonie, néphrite aiguë, endocardite végétante. La langue considérablement tuméfiée est infiltrée de leucocytes à noyau multilobé et de cellules fixes proliférées. Les fibres musculaires sont dissociées et en dégénérescence graisseuse ; les vaisseaux lymphatiques et sanguins participant à l'inflammation.

Les auteurs discutent la nature de cette lésion, écartent l'hypothèse d'un érysipèle véritable primitif et en raison de la généralisation de l'inflammation, proposent le nom de macroglossite au lieu de glossite interstitielle ou parenchymateuse. A. CARTAZ.

THIBIERGE. Tuberculose en nappe de la muqueuse de la joue et des lèvres (*Ann. de derm., VIII, p. 286*).

N..., âgé de 34 ans, est atteint de tuberculose pulmonaire indubitable. Il présente en même temps sur la muqueuse de la joue et des lèvres des tubercules miliaires ; cette tuberculose est en nappe, avec des tubercules miliaires cohérents par places et très abondants. Cette forme, qui n'est pas rare à la langue, est exceptionnelle sur la muqueuse de la joue et des lèvres.

F. BALZER.

Christopher HEATH. Un cas d'hypertrophie des lèvres (*Brit. med. Journ., p. 1073, 1er mai 1897*).

Femme de 26 ans. Les deux lèvres sont extrêmement hypertrophiées et très vasculaires, plusieurs dents sont déplacées. L'affection date de 4 ans. La malade fut opérée une première fois, mais, trois mois après, la récidive se produisit. Heath, après avoir arraché plusieurs dents, enleva la tumeur supérieure. L'hémorragie, abondante, fut arrêtée par le thermocautère et la compression. Quelques jours après, ablation semblable de la lèvre inférieure. Deux mois après, l'état local était excellent. A l'examen histologique, on constata que la muqueuse des lèvres était normale et que la tumeur était formée de tissu fibreux et renfermait de nombreux vaisseaux.

H. résume d'autres cas de ce genre qui lui sont personnels ou qu'il a pu réunir. J. VANVERTS.

B. v. HIPPEL. Ueber Bau und Wesen der Ranula (De la structure et de la nature de la grenouillette) (*Arch. f. klin. Chir. LV, p. 164-193*).

Neumann a été le premier qui, s'appuyant sur la présence de cellules à cils vibratiles dans ces tumeurs, les a localisées dans les tubes glandulaires de Bocgdaleck, tube que v. Hippel identifie avec les ramifications latérales du conduit thyréoglosse, plus spécialement du conduit lingual. V. Hippel s'en rapporte ainsi à l'opinion de Neumann. Ce fait, que des kystes de grenouillette peuvent prendre naissance dans le conduit thyréoglosse, est démontré par l'observation et l'examen minutieux d'un kyste dont la structure microscopique répondait absolument à celle du conduit thyréoglosse. 10 cas de grenouillette examinés par l'auteur ont présenté

une constitution analogue. La paroi interne ne contient pas un épithélium, mais des cellules irrégulièrement disposées ; sous cette couche s'en trouve une autre plus clairsemée, plus pauvre en cellules, et formée d'un tissu compact de fibrilles conjonctives. Dans ce substratum, on rencontre des amas de cellules arrondies et plus ou moins de glandules dégénérés. Chaque acinus s'est transformé en un kyste dont les parois présentent une constitution diverse. La couche interne renferme en outre des vaisseaux et des foyers hémorragiques. Le tissu conjonctif de la couche sous-jacente est peu transformé, la délimitation de la grenouillette est peu nette. Le canal de Wharton ne participe en rien à l'affection. L'auteur, contrairement à Suzanne, qui localise l'origine de la tumeur dans les glandules, admet qu'elle se développe dans les petits canaux excréteurs. La grenouillette primitive est en tous cas une inflammation chronique interstitielle de la glande sublinguale, inflammation à laquelle participent les canaux excréteurs. Les cellules qu'on trouve dans la paroi interne des kystes, et qui obstruent la lumière de la glande sont considérées par l'auteur comme des épithéliums dégénérés. La formation kystique est due à la sécrétion continue du territoire glandulaire dont l'issue a été fermée, et plus tard à la prolifération, la dégénération et la desquamation des épithéliums des conduits excréteurs, et à la transsudation des capillaires qui se trouvent à la périphérie de la glande. La grenouillette sous-mentale et la grenouillette aiguë ne sont que des formes anormales. L'opération radicale consiste dans l'extirpation de la glande sublinguale, aux dépens de laquelle la grenouillette peut également se développer. Exceptionnellement le kyste de la grenouillette peut prendre naissance aux dépens du canal lingual et de ses ramifications. Le travail de l'auteur dénote un véritable progrès dans la connaissance de la tumeur en question, et il est pourvu de figures très claires.

MARCEL BAUDOUIN.

TUFFIER. Chirurgie du poumon, en particulier dans les cavernes tuberculeuses et la gangrène pulmonaire (*Rapport au Congrès de Moscou, in-8° Paris, 194 p., 1897*).

Dans la première partie de son rapport, l'auteur passe en revue les diverses interventions que l'on peut pratiquer sur la plèvre et le poumon soit comme opérations préliminaires (thoracotomie, traversée pleurale), soit comme opérations principales (incision ou résection du poumon). Il en étudie les divers temps et les accidents.

Dans la seconde partie, T. expose les résultats de ces interventions dans les lésions pulmonaires qu'il divise en aseptiques et septiques : 1° *Lésions aseptiques* : Jusqu'ici on n'est intervenu, en raison de la difficulté du diagnostic, que contre les tumeurs secondaires ayant pour siège la cage thoracique et s'étendant au poumon ; les résultats sont encourageants. Les hémorragies et hernies traumatiques réclament une intervention rapide et souvent efficace ; la hernie spontanée ne doit être opérée que dans des cas exceptionnels. La pneumotomie donne d'excellents résultats dans les cas de kystes hydatiques. La résection d'un noyau tuberculeux pratiquée 3 fois seulement a donné 3 succès durables. La pneumotomie a donné peu de résultats dans les cavernes tuberculeuses ; il en est de même

pour les injections intra-parenchymateuses; la thoracoplastie n'a été encore employée qu'exceptionnellement;

2° *Lésions septiques* : La pneumotomie est une excellente opération dans l'abcès pulmonaire, qu'on confond trop souvent avec la pleurésie enkystée. Les résultats sont moins brillants dans la bronchectasie, dont le diagnostic est souvent très difficile. Dans les cas de corps étrangers on ne doit intervenir que contre les complications septiques qu'ils déterminent. C'est la gangrène pulmonaire qui a été le plus souvent l'objet d'une intervention. Seule la gangrène circonscrite est justiciable de l'opération. La difficulté d'établir le siège précis des lésions est une des causes de gravité du pronostic opératoire. On interviendra par la pneumotomie, en s'efforçant de protéger la cavité pleurale. Les résultats, sans être brillants, sont encourageants et d'autant meilleurs que l'intervention est plus hâtive.

J. VANVERTS.

HUMEAU. De l'arthrite cervicale d'origine rhumatismale (*Thèse de Paris*, *1897*).

L'auteur rapporte 16 observations, toutes recueillies dans le service de Broca. Il montre qu'un grand nombre de torticolis aigus reconnaissent pour cause l'arthrite cervicale, d'origine rhumatismale. Celle-ci débute brusquement; ses principaux symptômes sont la douleur localisée au niveau des articulations, l'impotence fonctionnelle et l'attitude vicieuse. L'inflammation articulaire rend compte de cette attitude vicieuse, tout aussi bien que la théorie musculaire du rhumatisme cervical. La guérison complète et rapide est la terminaison habituelle de la maladie. Très rarement elle laisse à sa suite des déformations articulaires et une attitude vicieuse incurable. L'arthrite seule peut expliquer les déformations osseuses que laisse quelquefois le rhumatisme cervical.

L'auteur établit le caractère qui servirait à guider le diagnostic particulièrement difficile avec le mal de Pott. Le traitement des cas aigus est celui du rhumatisme articulaire. Dans les cas chroniques, il faut d'abord rendre à la tête sa position normale par l'extension continue ou le redressement. Plus tard seulement on s'occupera de combattre l'atrophie musculaire.

VICTOR VEAU.

PROTHON. Torticolis spasmodique (*Lyon méd.*, *17 janv. 1897*).

Homme de 58 ans, atteint depuis 1 an de torticolis spasmodique ayant résisté à tous les traitements; à ce torticolis s'ajoutent des tics des muscles de la face et surtout des lèvres. Le 10 mai, Nové-Josserand résèque la branche externe du spinal; amélioration sensible. En octobre, retour des mouvements convulsifs. Section du côté gauche des muscles sterno-mastoïdien, trapèze, splénius, grand droit postérieur, grand oblique, grand et petit complexus. Peu à peu les contractions diminuent et les douleurs disparaissent; mais au premier moment de l'opération, le tic parut aggravé. La tête tombait presque constamment du côté gauche. La section des muscles n'a pas eu de suite fâcheuse au point de vue fonctionnel.

A. CARTAZ.

OSTEN. Étude sur les résultats obtenus par la ténotomie dans les torticolis musculaires chroniques (*Thèse de Paris, 1896*).

O. montre que le torticolis sterno-mastoïdien s'observe avec une fréquence particulière chez les enfants venus au monde en présentation du siège. Or, dans ce mode d'accouchement, la rupture du muscle avec trachelhématome n'est pas rare. On peut donc se demander si le torticolis n'est pas la suite de cette rupture et parfois en effet on suit avec netteté cette filiation, l'auteur en rapporte 3 observations. Mais il est certain également que bon nombre de nouveau-nés, atteints de trachelhématomes échappent au torticolis. Il est difficile d'en apprécier le nombre, car certains enfants nés par le siège ne paraissent atteints de torticolis que tardivement à la suite d'un adéno-phlegmon, l'auteur en rapporte une observation. Dans quelques cas la déviation manifestement congénitale, mais d'abord légère, s'aggrave à partir d'un certain âge.

L'auteur après avoir dit quelques mots sur les symptômes, le diagnostic, étudie les différentes méthodes de traitement proposées, il conclut que le traitement de choix est la ténotomie à ciel ouvert, la seule qui permette de sectionner complètement les deux chefs du muscle avec certitude de ne léser aucun vaisseau important. Les dangers de l'infection ne sont plus à craindre et par la ténotomie sous-cutanée on risque de ne pas sectionner le tendon claviculaire plus souvent intéressé que l'on ne pensait. La cicatrice est le plus souvent insignifiante.

VICTOR VEAU.

H. DE BRUN. Sur le raccourcissement musculaire post-tétanique et sur quelques symptômes peu connus du tétanos (*Bull. de l'Acad. de méd., 18 août 1896*).

Le tétanos produit un véritable raccourcissement de certains muscles (biceps sural, biceps brachial, etc.) qui présentent une dureté ligneuse. Ce raccourcissement se développe dans la maladie au milieu de douleurs tantôt sourdes, tantôt assez violentes dans les muscles; la pression et surtout les mouvements articulaires exagèrent ces douleurs.

Comme symptômes peu connus l'auteur signale la constipation opiniâtre, l'exagération de l'appétit pendant la convalescence, la soif ardente pendant la maladie, la transpiration qui varie suivant les heures et qui survit à la maladie, le besoin de déplacement à tout moment qui se montre quand les phénomènes de contracture commencent à s'atténuer.

LEFLAIVE.

DANDOIS. Contribution au diagnostic et au traitement de l'actinomycose (*Ann. Soc. belge chir., 15 mars 1897*).

Jeune homme de 20 ans, né de parents tuberculeux, et présentant quelques symptômes de tuberculose à marche rapide, amaigrissement, pâleur, fièvre, sueurs profuses, mais pas de lésions pulmonaires. En outre, on constatait une tumeur abdominale du volume d'une tête de fœtus. Saillissant dans la fosse iliaque droite et à l'hypogastre, elle était dure, uniforme, sans limites précises, restant en dehors et en bas à quelque distance de l'os coxal et de l'arcade crurale, et en arrière se perdant dans l'abdomen. La tumeur donnait l'aspect d'un sarcome.

Les téguments incisés, une section de la tumeur en fit sortir une matière

puriforme, contenant des grains jaunes d'actinomyces. Curetage et tamponnement de la cavité : KI (4 grammes par jour) pendant près de trois mois, au bout desquels l'état général s'est plutôt aggravé et l'état local compliqué de deux fistules et d'une abondante suppuration.

Des injections sous-cutanées journalières de 1 gramme d'iodure de potassium furent alors faites pendant quelques jours, mais elles ne purent être supportées. On prescrivit de nouveau l'iodure à la dose de 10 grammes par jour et à partir de ce moment l'amélioration fut rapide ; au bout de deux mois la guérison était complète. Cinq mois plus tard, pendant lesquels le malade avait continué, de son propre chef, l'iodure à la dose de 5 grammes, la guérison persistait. OZENNE.

BEATSON. The treatment of inoperable cancer (*Brit. med. Journ., p. 7097, 1er mai 1897*).

Beatson conseille d'enlever les ovaires dans les cas de cancer du sein récidivant et inopérable. Dans la discussion Stanley Boyd rapporte trois cas où cette méthode paraît amener une certaine détente dans les symptômes et même la disparition de quelques nodules secondaires. Néanmoins elle rencontre encore beaucoup d'incrédules. H. RENDU.

MEUNIER. Sarcome du sein : régression d'un noyau secondaire de l'autre sein (*Arch. gén. de méd., juin-juill. 1896*).

Une femme de 47 ans est opérée le 1er mai 1892 d'un cancer du sein droit; en avril 1893, récidive dans l'aisselle droite ; en avril 1894, troubles sérieux de la santé, amaigrissement, dyspepsie, vomissements, apparition de noyaux dans le sein gauche, à l'épigastre, à l'aisselle et à l'aine gauche. Reçue en octobre 1895 on constata l'état cachectique de la malade, avec généralisation probable au péritoine et aux ovaires, ascite et pleurésie double; après une période d'extrême dépression, la malade reprit des forces, en même temps que la tumeur du sein gauche et que les glandes voisines de l'aisselle diminuaient, puis disparaissaient ; deux mois après, la malade succombait à une bronchopneumonie.

A l'autopsie, on ne trouva plus dans le sein gauche que deux noyaux gros comme des pois, et les ganglions axillaires étaient petits, durs, ne présentant qu'un état fibreux. La récidive à droite et les ovaires présentaient des lésions histologiques typiques de fibro-sarcomes. H. L.

D. GEROTA. Nach welchen Richtungen kann sich der Bruskrebs weiters verbreiten? (Suivant quelle direction le cancer mammaire peut-il se propager?) (*Arch. f. klin. Chir., LIV, 2, p. 281*).

L'auteur a pris comme sujet de ses recherches la propagation du cancer thoracique par la voie lymphatique. Il est à remarquer que les vaisseaux lymphatiques sont accolés aux rameaux antérieurs ou perforants de l'artère mammaire interne. C'est cette disposition anatomique qui explique l'infection des ganglions rétrosternaux et l'adhérence du muscle grand pectoral à la mamelle. Elle donne également l'explication de ce fait que les récidives prennent parfois naissance dans le grand pectoral lui-même. Gerota a constaté que les deux moitiés du thorax ne possèdent pas chacune ses vaisseaux lymphatiques indépendants et séparés, mais que les voies lymphatiques des deux côtés du

thorax s'anastomosent entre elles : ce qui explique d'une façon parfaite comment les carcinomes du côté droit se propagent à gauche ; et, inversement, comment ceux du côté gauche produisent des tumeurs à droite. MARCEL BAUDOUIN.

LANELONGUE et VITRAC. Kyste hydatique du sein (*Journal méd. Bordeaux*, *23 mai 1897*).

Femme de 21 ans. Tumeur datant d'une année, occupant la partie supéro-interne du sein gauche et survenue après l'allaitement ; elle offre la grosseur d'une mandarine, est bilobée et fluctuante. Peau mobile ; pas d'adénopathie. Enucléation : au microscope, kyste hydatique ; le contenu était un liquide clair renfermant quelques petits grumeaux. OZENNE.

I. — BOURGET. Traitement de l'ulcère rond de l'estomac par le perchlorure de fer (*Revue méd. Suisse romande, p. 522, avril 1897*).

II.— J. MIKULICZ. Die chirurgische Behandlung des chronischen Magengeschwürs (*Berlin. klin. Woch., juin 1897*).

I. — Homme de 46 ans ayant subi, en août 1896, la gastro-entérostomie pour rétrécissement du pylore. En janvier 1897, réapparition des symptômes antérieurs à l'opération ; crampes intolérables, hématémèses fréquentes ; amaigrissement considérable, cachexie. Le coefficient des échanges organiques et le taux de l'hémoglobine (100 0/0) font admettre plutôt un ulcère qu'un cancer. Après quelques lavages de l'estomac avec une solution de perchlorure de fer à 1 ou 2 0/0, les vomissements de sang et les douleurs cessent, l'appétit revient un peu et, en mars, le malade mange un peu de tout et augmente de poids. Chez lui, la digestion stomacale est nulle, il n'y a ni pepsine, ni acide chlorhydrique, les aliments ne subissent que la digestion intestinale qui est complète.

Les lavages au perchlorure de fer ont donné d'excellents résultats à Bourget dans l'ulcère rond de l'estomac. Cette affection, si rebelle, cède quelquefois très rapidement à ce traitement. Dans l'alimentation, il proscrit absolument le bouillon et le lait, et ne fait prendre que des bouillies.

II. — Mikulicz réuni 238 cas d'opérations pour ulcères simples ou ulcères compliqués de rétrécissement du pylore ou d'adhérences. Dans le nombre, se trouvent les 75 opérations pratiquées dans les trois services de Billroth, (von Hacker) Czerny et Mikulicz, où elles sont le plus courantes et exécutées suivant les mêmes principes quant aux indications et à la technique. La mortalité opératoire de ces trois cliniques est de 26,7 0/0, tandis que celle des 163 autres opérations dues à divers chirurgiens allemands et étrangers ne serait que de 19,6 ; mais on comprend que cette statistique compulsée dans la littérature n'a pas la valeur de celle des trois cliniques qui est complète et contient les insuccès aussi bien que les succès.

La mortalité d'ensemble des 238 opérations se chiffre par 21,8 0/0 ; il est intéressant de la voir sans cesse baisser avec le cours des années.

Il a été publié depuis 1885 jusqu'à la fin de 1896, 103 opérations pour ruptures d'ulcères gastriques dans la cavité péritonéale ; les 34 opérations antérieures à 1894 n'ont donné qu'une guérison (*R. S. M.*, XLII,

665), alors que les 68 ultérieures en ont fourni 32 ; la mortalité moyenne est ainsi de 67,96 0/0 pour l'ensemble des 103 opérations, tandis qu'elle n'est que de 52,94 pour celles postérieures à 1893. Les chances de succès sont quatre fois plus favorables lorsqu'on intervient dans les douze premières heures.

Comme 80 sur 100 des ulcéres perforants occupent la face antérieure de l'estomac, cela simplifie l'opération. Dans le cas contraire, la découverte de l'ulcère peut être impossible ; mais, même ainsi, la laparotomie a fourni des guérisons. L'excision de l'ulcère n'est pas indispensable ; on peut se contenter de le fermer par plusieurs plans de points de séreuse. Quand cette suture est impraticable, on peut essayer de suturer sur la perte de substance un morceau d'épiploon ou bien de l'obturer avec un sac de gaze iodoformée se prolongeant au dehors de la plaie opératoire.

Dans les ulcères de l'estomac, les hémorragies peuvent mettre en danger la vie des malades et partant nécessiter une intervention chirurgicale, soit par leur abondance, soit par leur répétition. Dans la première alternative, il s'agit de l'ulcération d'une branche artérielle volumineuse ; des opérés, deux seulement ont été sauvés : celui de Roux (*Congrès français de chirurgie*, 1893) et celui de Mikulicz.

Chez ce dernier, l'artère coronaire supérieure avait été érodée par un ulcère de la petite courbure. Mikulicz excisa l'ulcère et sutura la perte de substance ; sa malade reste guérie depuis plus de trois ans. Dans trois autres circonstances analogues, M. a été moins heureux ; l'induration des tissus ne lui permit ni la ligature, ni l'acupressure du vaisseau et il dut se contenter de cautériser le fond de l'ulcère. Les opérés succombèrent dans le collapsus, dans les quarante-huit heures suivantes. Dans l'autre alternative, les chances de succès sont plus grandes et, sans exciser l'ulcère, on fera la gastro-entérostomie ou la pyloroplastie. Mais le chirurgien peut être également appelé à intervenir dans des cas où le diagnostic est douteux : cancer pris pour un ulcère ; rétrécissement du pylore dû à un calcul ayant perforé la vésicule biliaire ; coexistence d'une hernie épigastrique avec un ulcère rond, etc. ; M. cite des exemples personnels de ces faits embarrassants. J. B.

CARLE et FANTINO. Considérations sur 84 cas de chirurgie stomacale et sur l'emploi du bouton de Murphy (*Riforma med.*, *23*, *24*, *25 et 26 août 1897*).

Les interventions dans les cas d'affections cancéreuses ont été au nombre de 41 : 27 fois il s'agissait de sténose fibreuse, 9 fois de spasme permanent du pylore, 3 fois d'atonie gastrique avec hypochlorhydrie et 2 fois d'ulcère duodenal. Dans 11 cas on a pu constater l'existence antérieure d'un ulcère et 18 fois une péripylorite.

Sur ces 41 cas, 24 ont été traités par la gastro-entérostomie, 14 par la pyloroplastie, trois par la divulsion digitale.

Les auteurs sur 20 gastro-entérostomie antérieures ont eu 5 morts. Avec la gastro-entérostomie postérieure les résultats sont bien supérieurs.

Ainsi sur 16 malades opérés pour sténose bénigne, il y a eu un seul

cas de mort (à une époque où le bouton de Murphy n'était pas encore connu) et un seul cas de mort imputable à la méthode. Chez 8 malades opérés pour des cancers, la mort est survenue dans deux cas par suite de marasme. Chez les 20 malades qui ont survécu, le résultat a été excellent ; pas une fois il n'y a eu d'obstruction au niveau de l'estomac ou de l'anse supérieure.

Les cas de gastro-entérostomie pratiquée pour sténose bénigne n'ont donné que 2 morts (sur 24 opérations).

Quels sont maintenant les résultats fonctionnels ? Les auteurs ont très fréquemment observé le reflux de la bile après la gastro-entérostomie soit antérieure, soit postérieure. Ce reflux ne paraît pas avoir d'influence nuisible sur la digestion gastrique, car chez tous les opérés on a constaté une amélioration progressive et rapide, des digestions parfaites en apparence.

Les recherches faites pour apprécier l'activité motrice après l'opération ont porté sur 13 opérés. Il n'est arrivé que rarement qu'on trouve des résidus dans l'estomac 4 à 5 heures après le repas de Leube ; parallèlement au réveil de l'activité motrice, se fait la diminution des dimensions de l'estomac.

Le nouveau pylore reste continent et l'est d'autant plus que l'opération remonte à une date plus ancienne.

Chez les hyperchlorhydriques, l'hyperchlorhydrie disparaît après l'opération ; souvent même on observe une diminution de l'acide chlorhydrique libre. Le fait de la disparition de l'hyperchlorhydrie a une signification des plus importantes ; il prouve l'influence de la stase sur la fonction sécrétoire.

L'hypochlorhydrie et l'anachlorhydrie persistent au contraire, après l'amélioration de la fonction motrice.

Il résulte de l'examen comparatif de la pyloroplastie et de la gastro-entérostomie, que ces deux procédés ont sensiblement la même valeur dans le traitement des sténoses bénignes.

Les modifications du chimisme à la suite des interventions sont la preuve que l'hyperchlorhydrie est la conséquence de la stase alimentaire.

Sur 18 malades atteints d'hyperchlorhydrie, 17 ont guéri complètement après que l'obstacle au cours des aliments a été levé. Dans un cas qui avait été rangé sous la rubrique de maladie de Reichmann, les auteurs ont constaté une sténose fibreuse du pylore ; ils croient que la gastro-succorrhée est purement et simplement la conséquence d'une sténose pylorique. Lorsqu'elle n'est pas due à un ulcère, la sténose peut résulter d'un lent processus inflammatoire de la muqueuse.

Sténoses cancéreuses : sur 130 cancereux 12 ont subi la résection, 22 la gastro-entérostomie.

Les résultats des résections ont été bons, quant à l'issue immédiate, et quant aux résultats éloignés ; plusieurs malades ont survécu pendant un laps de temps qui a varié de cinq mois à cinq ans. La gastro-entérostomie a donné 8 morts sur 22 cas (36 0/0) ; la durée moyenne de la survie a été de 7 mois et demi. Les résultats de la résection sont meilleurs que ceux de la gastro-entérostomie. G. LYON.

CHURTON. Myxome de l'appendice vermiforme simulant une appendicite à rechutes (*Brit. med. Journ., I, p. 1223, 1897*).

Fille de 23 ans, ayant eu 2 attaques qu'on rapporta à l'appendicite, et se plaignant d'inaptitude au travail en raison de la gêne douloureuse constante qu'elle ressentait dans la région du cœcum. Après l'ablation de l'appendice, qui était dilaté à son extrémité, on trouva dans l'intérieur de l'organe une tumeur textile, du volume d'une petite fève, obstruant la lumière du canal à 2 centimètres environ de son extrémité. Pas d'adhérences péri-appendiculaires ni aucun autre signe d'inflammation péritonéale. J. VANVERTS.

E. EMMEL. Multiple myomata in the abdominal cavity (*Med. news, p. 606, 8 mai 1897*).

Une femme de 28 ans fut opérée une première fois en 1894, pour une masse volumineuse, adhérente à l'épiploon et aux intestins et fixée à la 5e vertèbre lombaire ; la tumeur fut enlevée, reconnue pour un fibro-myome que l'on supposa avoir été fixé primitivement sur l'utérus; au cours de l'opération, l'uretère fut blessé et nécessita une suture par anastomose. Dix-sept mois plus tard, la patiente fut accouchée au forceps d'un garçon bien portant ; sitôt après l'accouchement, on trouva une masse dure, volumineuse, dans la fosse iliaque gauche qu'on supposa être le fibrome récidivé ; quatre mois plus tard, une nouvelle tumeur se développa dans la fosse iliaque droite, les deux tumeurs étant mobiles.

Deux ans après la première opération, on pratique de nouveau la laparotomie. On trouve une longue masse nodulaire, lobulée composée de plusieurs tumeurs sans connexion avec l'utérus, fixées à l'épiploon et entourées d'anses du petit intestin qui y adhéraient.

Chaque tumeur avait un pédicule vasculaire de tissu épiploïque. On enlève sept tumeurs, ainsi que l'ovaire droit qui était kystique. Sur le côté gauche de l'utérus étaient trois petits nodules auxquels on ne toucha point.

Aussitôt après l'opération, une tumeur se développa au siège de la tumeur primitive (la 5e vertèbre lombaire) et augmenta rapidement de volume ; en même temps la température s'élevait jusqu'à 40°.

Mais les accidents aigus ayant cessé, on différa l'opération, malgré la persistance de la tumeur, et même son accroissement progressif

P. MAUBRAC.

MALAPERT. Péritonite purulente généralisée : laparotomie, guérison; rapport et discussion (*Bull. Soc. chir., XXIII, p. 220*).

Richelot, dans son rapport sur un cas de péritonite purulente opéré par Malapert et que celui-ci rattache à la péritonite idiopathique ou essentielle des jeunes sujets, croit plutôt qu'il s'agit d'une péritonite tuberculeuse. Il se prononce pour le drainage à l'aide de tubes qui, selon lui, est bien préférable au drainage à la gaze.

Quénu, Reynier, partagent l'avis de R. au sujet du drainage par tubes.

Brun, Kirmisson pensent que, dans le cas de Malapert et dans d'autres similaires il s'agit non pas de péritonite tuberculeuse, mais de péritonite à pneumocoques. Jalaguier est du même avis, il a observé 5 cas de péritonite à pneumocoques, dont 1 a guéri spontanément après ouverture à l'ombilic et dans le vagin, et dont 4 ont été opérés avec 3 guérisons et 1

mort. Dans tous ces cas il s'agissait de volumineux épanchements purulents enkystés.

G. Marchant, Routier, Peyrot, Bouilly, Walther, estiment que la laparotomie peut guérir des péritonites vraiment généralisées et en rapportent des cas probants. VANVERTS.

Henri VULLIET. Du traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen (*Revue méd. Suisse romande, mai, juin et juill. 1897*).

L'auteur a réuni, en tableaux synoptiques, tous les cas de plaies pénétrantes de l'abdomen publiés depuis 1890, soit 49 observations de plaies par armes à feu traitées pour l'expectation et 28 observations de plaies par armes blanches, traitées de la même façon ; d'autre part, 40 cas de laparotomies pour coups de feu, pratiquées dans les 12 heures qui ont suivi le traumatisme ; 42 laparotomies pour coups de feu pratiquées à une période plus tardive et 175 laparotomies pour plaies par armes blanches.

Après discussion des causes d'échecs opératoires, il arrive aux chiffres suivants de mortalité :

Plaies par armes à feu : abstention : 48,89 0/0.
— intervention : chiffre brut, 46,34 ; chiffre raisonné, 24,14 0/0.

Plaies par armes blanches : abstention : 37,04 0/0.
— intervention : chiffre brut, 14,78 ; chiffre raisonné : 10,09 0/0.

Conclusions : En présence d'une plaie de l'abdomen par arme à feu ou par arme blanche, on cherchera à s'assurer, par l'agrandissement et l'exploration de la plaie, s'il y a ou non pénétration. S'il y a pénétration, ou qu'on reste dans le doute, on recourra immédiatement à la laparotomie exploratrice, qui seule renseignera d'une façon certaine sur la nature et la gravité des lésions.

On ne peut pas, d'après les symptômes, conclure s'il y a perforation de l'intestin ou non, les symptômes de péritonite pouvant accompagner des cas légers et manquant au début dans maints cas à lésions intestinales multiples. Les signes certains de perforation intestinale sont très exceptionnels (fistule, balle évacuée, etc.).

La laparatomie exploratrice est sans danger. La guérison spontanée des perforations de l'intestin sans péritonite septique est une rareté, observée peut-être dans quelques cas et dans des conditions très favorables, mais sur laquelle on ne saurait compter ; les expériences nombreuses sur les animaux sont concluantes à cet égard ; la laparotomie réparatrice est donc nécessaire. En opérant hâtivement, on cherchera à prévenir la péritonite ; celle-ci déclarée, le blessé est perdu presque sûrement, opéré ou non. L'opération, souvent longue et difficile, ne peut être rendue responsable des échecs dus à la gravité des lésions et elle eût certainement sauvé nombre de blessés, morts de l'abstention. Les résultats se sont notablement améliorés ces dernières années. La méthode de l'intervention hâtive, immédiate, doit l'emporter sur toute autre. Si, après 48 heures, le blessé ne présente aucun symptôme abdominal, on exclura presque à coup sûr la perforation intestinale ; s'il offre des symptômes péritonitiques,

on fera la toilette abdominale, seule chance de salut qui lui reste. L'état de choc ne constitue pas de contre-indication à l'opération ; au contraire, puisqu'il s'agit très souvent d'hémorragie grave. La crainte de voir le blessé mourir sur la table d'opération ne fera pas rejeter une intervention qui, seule, peut le sauver. Résolue dans la pratique civile, la question de l'intervention en temps de guerre ne peut être encore tranchée.

L'important mémoire de Vulliet se termine par la relation de 10 observations inédites recueillies à l'hôpital cantonal de Lausanne ; elles comprennent 8 plaies par armes blanches (3 guéries par expectation, 3 guéries par laparotomie et 2 morts avec laparotomie) et 2 plaies par armes à feu laparotomisées avec 1 mort. J. B.

MADELUNG. Einige Grundsätze der Behandlung..... (Quelques principes dans le traitement des blessures de l'abdomen) (*Beitr. zur klin. Chir*, *XVII*, *3*).

Rechercher avant tout si la plaie est ou non pénétrante, par débridement ou exploration par la vue et le toucher, puis s'il y a lésion des organes abdominaux. Dans ce cas la laparotomie s'impose et le malade doit être transporté dans un hôpital. Ce transport ne présente pas d'inconvénient si l'on applique un pansement compressif; en cas d'hémorragie interne grave, on débriderait largement, tamponnerait, et le malade serait transporté. Il est inutile avant le pansement de rentrer un intestin hernié, et on ne doit pas faire de suture provisoire de la paroi. L'état de choc indique souvent une hémorragie, et oblige à opérer vite. Pendant l'opération il faut attirer hors du ventre ou manipuler l'intestin le moins possible. Enfin lorsque 24 heures se sont écoulées après l'accident sans modification de l'état général ni du pouls, on peut s'abstenir d'opérer, mais à condition de surveiller le malade pendant plusieurs jours, plusieurs semaines.

Principalement dans les contusions sans plaie, la perforation peut être rdive. Au contraire, les contusions sur des hernies nécessitent une opération immédiate.

A l'appui de ces notions, l'auteur relate plusieurs observations ; deux se rapportent à des ruptures de la vessie, où la cystotomie fut faite avant la laparotomie, pour constater le siège de la perforation. ROBINEAU.

KÖRTE. Weiterer Bericht über die chirurgische Behandlung der diffusen Bauchfellentzündung (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 17*, *p. 370*, *et n° 18*, *p. 391*, *26 avril et 3 mai 1897*).

De juin 1890 au 31 mars 1897, Körte a traité 99 cas de péritonite généralisée. Il exclut de ce compte rendu, non seulement les péritonites traumatiques, celles dues à des hernies gangrénées ou à des étranglements internes, mais encore les péritonites puerpérales, cancéreuses, tuberculeuses, et les péritonites chroniques.

Sur ses 99 malades, il en a opéré 71 dont 25 (35,2 pour 0/0) ont guéri ; parmi les 28 non opérés, il y a eu 6 guérisons (21,4 0/0). Il a renoncé à opérer : 1° ceux dont l'état général ne laissait aucun espoir (tous sont morts) ; 2° ceux où il n'avait pas constaté d'épanchement purulent et dont

l'état général rendait la guérison possible sans intervention ; c'est parmi ceux-ci que rentrent les 6 guéris sans opération.

Les péritonites avec phénomènes généraux d'intoxication et inflammation locale insignifiante ne sont pas aptes à être opérées ; en revanche, y sont propres les péritonites à exsudats purulents, séro-purulents, fibrino-purulents ou pyo-putrides.

Chez 41 des opérés, l'épanchement était pyo-putride ; 31 d'entre eux ont guéri. Chez 22, il était soit purulent, soit séro-purulent : 10 ont guéri. Chez 5, il était fibrino-purulent, 2 ont guéri. Enfin, chez 2, il était mixte et ces malades ont guéri.

Le plus souvent il y avait association de plusieurs microorganismes : coques, bacille colique — 34 fois la péritonite avait comme point de départ la perforation de l'appendice vermiforme : 13 malades ont guéri ; 7 fois la péritonite était due à la perforation de l'estomac ou du duodénum : 2 ont guéri ; 6 fois à une perforation intestinale, tous ont succombé ; 4 cas de péritonite suppurée consécutive à la réduction de hernies ont guéri par l'opération ; 14 fois la péritonite était d'origine génitale : 3 guérisons ; 1 cas où la péritonite reconnaissait pour cause une cholécystite s'est terminé mortellement. Enfin, des 6 malades où la cause de la péritonite ne put être reconnue, 4 ont guéri.

Le pronostic est le meilleur dans la forme de péritonite la plus fréquente, celle tenant à l'appendice vermiforme ; il est encore assez favorable quand il s'agit d'une perforation inflammatoire peu étendue du tube digestif. La suture de la perforation n'est indispensable que pour l'estomac et le duodénum, sinon, on se bornera au tamponnement et au drainage, à moins que l'anse lésée soit trouvée sans difficulté. On s'abstiendra d'employer les antiseptiques. (*R. S. M.*, XLI, 659.) J. B.

DÖRFLER. Beitrag zur Behandlung..... (Contribution au traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen) (*Münch. med. Woch., nos 9 et 10, p. 224 et 256, 2 et 9 mars 1897*).

Voici les résultats de sa statistique, la mortalité a été :

	Coups de feu	Piqûres
	—	—
Opérés avant la 5e heure......	50 0/0	16 0/0
— — 12e —	53 0/0	?
— après la 12e —	70,3 0/0	?
— temps indéterminé.....	58,3 0/0	19,4 0/0

L'auteur montre ensuite que, en 1887, on avait pour les coups de feu 70 0/0 de mortalité, et pour les piqûres 40 0/0, tandis qu'en 1895 cette mortalité avait baissé à 25 0/0 pour les premiers et à 17,2 0/0 pour les secondes. Il se montre donc partisan de l'intervention chirurgicale hâtive.

C. LUZET.

I.— Lauder BRUNTON et A. BOWLBY. Perforating typhoid ulcer treated by operation and suture : recovery (*Brit. med. Journ., p. 265, 30 janv. 1897*).

II. — W.-P. HERRINGHAM et A. BOWLBY. Supposed perforation in typhoid fever, laparotomy (*Ibid., p. 265, 30 janv. 1897*).

I. — Homme de 37 ans, entré le 3 octobre à l'hôpital pour une fièvre typhoïde sévère, compliquée d'hémorragie intestinale ; rechute le 30 octobre ; convalescence traînante en novembre; le 14 décembre, signes de péritonite par perforation intestinale, mais sans vomissements. On pratique la laparotomie dix-huit heures après le début des accidents. La portion supérieure du péritoine est saine, mais la partie inférieure est enflammée, et il y a dans le petit bassin un épanchement de matières fécaloïdes. En explorant l'intestin, on sent une anse indurée, que l'on attire doucement en la détachant des adhérences péritonéales ; une perforation correspondant à une plaque de Peyer emflammée apparaît. Dix fils de soie sont passés au moyen d'une suture de Lembert sur une longueur d'un pouce et demi; puis, l'abdomen lavé à grande eau ; un drain est laissé à la partie inférieure de la plaie. Guérison sans encombre le cinquième jour ; l'intestin fonctionne ; pendant quatre jours on ne nourrit le malade qu'avec quelques cuillerées d'eau ; le drain est enlevé au bout de quarante-huit heures. Le malade quitte l'hôpital complètement guéri le 21 février ; on le revoit le 20 avril florissant de santé.

II. — Fillette de 13 ans, au vingt-deuxième jour d'une fièvre typhoïde, température hypothermique et début de convalescence. Le vingt-huitième jour, signes de perforation intestinale, douleurs, vomissements, météorisme, petitesse du pouls, collapsus.

Après un lavement infructueux, on se décide à faire une laparotomie exploratrice. On tombe sur un intestin sain, rempli de scybales. Guérison sans incident. Les symptômes de perforation étaient dus exclusivement à la constipation. Ce fait explique probablement les cas de guérison spontanée survenue après une perforation intestinale supposée. Norman Moore n'a jamais vu la preuve de la réalité d'une pareille guérison. H. RENDU.

G. ARMSTRONG. On operative interference in typhoidal perforation (*Brit. med. Journ., p. 1621, 5 déc. 1896*).

L'auteur rappelle que 1 0/0 des cas de fièvre typhoïde se compliquent de perforation intestinale; que celle-ci est surtout fréquente dans la deuxième et la troisième semaine et qu'elle se localise presque toujours sur l'iléon au voisinage de la valvule iléocœcale. Elle n'est pas toujours nécessairement mortelle : d'après les recherches de Fitz, sur 17 cas d'abcès consécutifs à des symptômes de perforation, il y eut 9 guérisons spontanées.

Faut-il en pareil cas intervenir. L'auteur résume les faits de laparotomie publiés jusqu'ici, depuis le premier cas de Linke en 1887. Il arrive à un total de 30 opérations et de 6 guérisons ; mais il est certain que nombre d'insuccès n'ont jamais été publiés. Sa conclusion est qu'il faut tenir compte, pour les indications opératoires de l'état général du patient et de son degré de collapsus. Il y a des cas où il vaut mieux attendre que la perforation ait donné un abcès collecté ; par exemple quand elle siège sur le côlon : ce sont surtout les perforations qui surviennent pendant la convalescence de la fièvre typhoïde qui offrent les meilleures chances de guérison. A. RENDU.

Cl. BERNARD. Efficacité de l'injection d'huile dans les canaux déférents sectionnés pour produire l'atrophie de la prostate (*Lyon méd.*, *1er août 1897*).

B. n'apporte qu'un fait dans lequel Jaboulay eut l'idée d'injecter, après la résection des canaux déférents, dans chacun des bouts, de l'huile iodoformée; les canaux furent liés et la plaie suturée. 2 ou 3 jours après le malade, âgé de 77 ans, qui avait une énorme hypertrophie de la prostate et une rétention d'urine intense, urinait sans sonde. Au toucher rectal, 8 jours plus tard, la saillie de la prostate avait disparu. A. CARTAZ.

I. — **P. RECLUS. Entéro-colite et appendicite** (*Bull. Acad. méd.*, *16 mars 1897*).

II. — **Dudley P. ALLEN. De l'appendicite : étiologie et pathogénie** (*Revue d'hyg.*, *I*, *p. 665*).

III. — **Francis HARBITZ. Anatomie pathologique et étiologie de l'appendicite** (*Norsk Mag.*, *mai 1897*).

IV. — **Carl BECK. Zur Therapie insbesondere dem Werth der Frühoperation bei der Entzündung des Processus Vermiformis** (*Berlin. klin. Woch.*, *21 et 28 sept. 1897*).

V. — **Mlle Ch. von MAYER. Étude sur la pathogénie de l'appendicite à répétition** (*Revue méd. Suisse romande*, *avril 1897*).

VI. — **GOLUBOFF. Die Appendicitis als eine epidemische infectiöse Erkrankung.** (*Berlin. klin. Woch.*, *4 janv. 1897*).

VII. — **E. APOLANT. Ueber d. gleichzeitige Vorkommens von Angina und Perityphlitis (Sur l'apparition simultanée d'angine et de pérityphlite)** (*Therap. Monats.*, *n° 2*, *p. 92*, *fév. 1897*).

I. — L'appendicite est l'aboutissant d'un grand nombre de causes et n'a rien de spécifique. Ces causes peuvent être rangées sous trois ordres :

1° Causes locales, par exemple corps étranger (environ une fois sur quatre) ;

2° Entérite et entéro-colite (fréquent ; 5 observations personnelles sont rapportées et un certain nombre d'autres sont mentionnées);

3° Infection générale se localisant à l'appendice (grippe, amygdalite, etc.).

Toutes ces causes déterminent une inflammation superficielle qui guérirait facilement, n'était la forme de l'appendice où, par suite de la stagnation, les microbes exaltent leur virulence.

D'après Championnière, la majeure partie des appendicites dépendent de l'encombrement intestinal. Leur fréquence variable suivant les pays dépend de l'hygiène alimentaire. C'est à tort qu'on donne l'opium quand on craint une poussée d'appendicite. Dieulafoy note que, sur un total de 7 à 800 observations d'entero-colite muco-membraneuse, il ne relève pas un seul cas compliqué d'appendicite. LEFLAIVE.

II. — A. signale quelques particularités rencontrées dans l'appendicite: 1° une paroi ou une coudure de l'appendice lui-même ; 2° un rétrécissement de l'appendice siégeant sur le bout central de la partie enflammée; 3° un grand épaississement de la partie au delà du coude.

A. explique ainsi ces lésions : le premier degré de l'appendicite est une coudure ; il en résulte une rétention muqueuse et, par suite des efforts produits par l'appendice pour vider son contenu la pression augmente au niveau du point de flexion ; cette pression occasionne une inflammation de la muqueuse, puis un rétrécissement cicatriciel. Quand le rétrécissement devient très prononcé la perforation est imminente. A. C.

III. — K. établit d'abord que la plupart des pérityphlites sont en réalité des appendicites. Celles-ci surviennent sous l'influence des microorganismes ayant élu domicile dans le canal intestinal. Il ne croit pas que la présence des calculs soit une cause efficace, mais ils contribuent, suivant lui à hâter l'éclosion de la gangrène avec perforation. Quant à l'origine des calculs fécaux dont il a examiné et analysé 14, il admet qu'ils se forment dans l'appendice même. Au point de vue bactériologique, K. a examiné le contenu de 14 cas. Deux fois, le contenu (pus enkysté) se montra stérile, 1 fois il donna l'aureus en culture pure, 1 fois le coli bacille en culture pure, tous les autres cas présentèrent une infection mixte avec une grande fréquence du coli bacille. H. FRENKEL.

IV. — Beck est partisan convaincu d'opérer de bonne heure les appendicites. Sur plus de 150 cas de cette affection où il est intervenu, il n'a rencontré que deux fois un corps étranger (pépins de raisins, graines de cassis). Les 35 malades auxquels il a fait la résection de l'appendice, dans un intervalle libre, ont tous guéri. Il estime la ponction exploratrice plus dangereuse que l'incision exploratrice.

Après avoir décrit son manuel opératoire dans les différentes circonstances, il rapporte quelques observations.

V. — Les études histologiques et bactériologiques de l'auteur ont porté sur 40 cas d'appendicite opérés par Roux. Les principaux agents des récidives de l'appendicite sont les microorganismes latents dans les parois épaissies de l'appendice vermiforme, dans les rétrécissements, dans les cicatrices et adhérences périppendiculaires et pariétales.

L'altération et l'affaiblissement des parois de l'appendice, la métamorphose graisseuse de leurs cellules, la néoformation et la dilatation des vaisseaux favorisent les congestions actives et parfois en aggravent les conséquences.

Certains appendices, en apparence guéris, laissent voir une réparation incomplète de la muqueuse, qui explique plus facilement encore la présence des microbes dans les tissus, leur repullulation ou même une réinfection proprement dite.

VI. — G. considère l'appendicite comme étant, dans la majorité des cas, non pas seulement une affection microbienne accidentelle, mais une véritable maladie infectieuse pouvant survenir épidémiquement et spéciale à l'appendice vermiforme au même titre que l'angine folliculaire pour les amygdales, et que la dysenterie pour le gros intestin. J. B.

VII. — L'appendicite s'observe parfois sous l'aspect d'un état épidémique. Chez un enfant de 5 ans l'appendicite succéda à une angine folliculaire aiguë ; ce fait attira l'attention de A. et dans tous les cas d'appendicite il s'enquit de l'état de la gorge. Il a pu réunir depuis 2 observations analogues concernant des adultes. Il voit dans la lésion de la gorge la porte d'entrée de l'infection. PAUL TISSIER.

DOYEN. Pérityphlite et appendicite : la lymphangite péricæcale (*Méd. moderne, 26 mai 1897*).

L'auteur pense que la totalité des lésions observées dans l'appendicite peuvent être expliquées par l'hypothèse de lymphangite.

L'appendicite vraie n'est souvent qu'une lymphangite appendiculaire simple, susceptible de résolution comme toutes les lymphangites. Les symptômes décrits comme signes de l'appendicite, peuvent être déterminés par des lésions exclusivement extra-appendiculaires, notamment par de petits abcès sous-péritonéaux, développés dans les lacs lymphatiques voisins du cœcum et de son diverticule. L'auteur rapporte brièvement l'observation d'un abcès iliaque, consécutif à une typhlite ulcéreuse il dut faire la résection du cœcum. VICTOR VEAU.

Ludwig HERZOG. Die Perityphlitis vom chirurgischen und internen Standpunkte beurtheilt (*Deut. Zeitschr. f. Chir., XLVI, p. 114*).

L'auteur, après avoir cité la bibliographie faite sur la question, puis après avoir donné la définition, la bactériologie, l'étiologie, les diverses formes de l'affection qu'il veut décrire, les localisations diverses du pus dans cette affection même, le diagnostic et la symptomatologie, les complications (en particulier l'iléus), les récidives, les statistiques, en arrive à la thérapeutique. Il examine d'abord les cas assez nombreux de guérison spontanée, puis la question de la ponction exploratrice qui, d'après l'auteur, ne peut servir que comme moyen de diagnostic. Il donne une nouvelle statistique des opérations pratiquées à l'hôpital de Béthanie, avec le nombre de guérisons et de morts, et il décrit le manuel opératoire qui lui paraît le meilleur. Spécialement pour la pérityphlite circonscrite, l'incision doit, en partant de l'épine iliaque antérieure et supérieure et en suivant une ligne courte, aboutir au milieu environ du ligament de Poupart. Dans les formes diffuses, c'est l'incision médiane depuis l'ombilic ou même l'appendice xyphoïde, jusqu'à la symphyse pubienne qui est indiquée. On fait encore des incisions obliques de la région lombaire à la symphyse, ou l'incision lombaire seule. Enfin il insiste sur le traitement interne (opium, lait, lavements nutritifs, sachets de glace, etc.). MARCEL BAUDOUIN.

HOFMEISTER. Ueber multiple Darmstenosen tuberculösen Ursprungs (*Beitr. zur klin. Chir., XVII, 3*).

Un homme de 32 ans souffrant depuis 4 ans de coliques et constipation est pris de phénomènes d'occlusion intestinale. Au 6e jour, laparotomie qui montre l'existence de 10 rétrécissements annulaires longs de 1 centimètres au plus, distants l'un de l'autre de 4 à 35 centimètres et occupant une longueur d'intestin de $2^m,55$. Les deux plus inférieurs occupent la région iléo-cœcale. Entéro-anastomose. Pour rentrer l'intestin ponction au trocart, puis suture de Lembert. Réunion de la paroi. Mort le lendemain de péritonite due à l'issue des gaz et des matières qui ont rompu les sutures de la ponction. L'autopsie et l'examen histologique confirment le diagnostic de rétrécissements tubercu-

leux. A noter l'existence d'ulcérations circulaires de la muqueuse au niveau des rétrécissements, la dilatation ampullaire de l'intestin entre ceux-ci, enfin la présence d'une boulette fécale obturant le dernier rétrécissement le plus étroit (4 millimètres de diamètre), et de deux calculs biliaires au dessus des points sténosés.

Si les rétrécissements tuberculeux simples, si la tuberculose iléo-cœcale, sont bien connus, les cas de rétrécissements tuberculeux multiples sont rares. Hofmeister en a relevé 12 autres cas opérés (avec 8 guérisons) et 8 cas trouvés à l'autopsie. Le nombre des rétrécissements varie de 2 à 12 ; leur siège est de préférence sur l'iléon, parfois le côlon. Il a toujours été impossible de se douter de la multiplicité des rétrécissement avant l'ouverture du ventre. Au point de vue thérapeutique bien que la résection étendue de l'intestin (jusqu'à 2^m,05) ait donné des guérisons, elle n'est pas recommandable en raison du nombre des rétrécissements et de l'étendue fréquente des lésions tuberculeuses. L'anus contre nature devrait être placé trop haut, et sera réservé aux cas où l'on ne peut tenter une grosse intervention. L'entéro-anastomose donne les meilleurs résultats. Si une ponction de l'intestin est nécessaire, il faudra non seulement en obturer l'orifice par des sutures, mais aussi fixer celui-ci à la paroi pour éviter l'accident ci-dessus observé.

Suit le relevé de 70 opérations par rétrécissement unique de l'intestin, d'origine tuberculeuse.

ROBINEAU.

V. BABES et NANU. Ein Fall von Myosarkom des Dünndarms (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 7, 15 fév. 1897*).

Le sarcome de l'intestin grêle est assez rare pour qu'Adelung, en 1892 (*Centr. f. Chirurg.*) n'ait pu en rassembler que 11 observations certaines. Madelung (*R. S. M.*, XLI, 653) en a ajouté 3 cas vérifiés à l'autopsie.

Enfin, Stern (*R. S. M.*, XLV, 591) a publié le fait unique d'angiosarcome congénital.

Le cas observé par Babes et Nanu chez un homme de 30 ans constitue une forme non encore décrite du myosarcome intestinal, car l'examen histologique, après résection de l'intestin, a montré l'envahissement primitif de la tunique musculeuse.

Un an après l'opération, cet homme était encore en bonne santé.

J. B.

Edm. ROSE. Ueber Incarceratio stercoralis; die Kothverstopfung der Brücke (De l'étranglement avec rétention fécale ; constipation due aux hernies) (*Deutsche Zeitschr. f. Chir., XLVI, p. 109-114*).

Dans l'étranglement, il s'agit du trouble de la nutrition frappant une portion de l'intestin ; ce trouble est dû à l'interruption de l'afflux sanguin. De là, météorisme, gangrène, etc. Dans l'occlusion, il s'agit de la rétention fécale, n'amenant jamais de gangrène, et ne s'accompagnant pas constamment de vomissements ou de renvois. L'auteur cite 2 cas ; le premier, où il s'agit d'une hernie ombilico-pancréatique le 2e, d'une hernie pylorique. Pas d'étranglement dans l'un ni dans l'autre cas, mais

de la rétention fécale ayant déterminé la mort par épuisement. Donc la rétention fécale due aux hernies, même quand elle détermine la mort, ne se transforme jamais en étranglement. La mort arrive sans qu'il se manifeste aucun signe de l'étranglement, notamment la gangrène. Enfin, l'auteur cite une observation d'une hernie scrotale congénitale, chez un nouveau-né, ayant également déterminé la mort. A l'autopsie, pas la moindre trace de gangrène, de péritonite ni d'étranglement. En somme, il y a une distinction à faire entre l'étranglement, et l'iléus, ou occlusion avec rétention fécale. MARCEL BAUDOUIN.

Jules TAILLENS. Sur le résultat éloigné de la cure radicale des hernies (*Revue méd. Suisse romande, juill. 1897*).

Taillens a résumé synoptiquement 324 cas de cures radicales de hernies faites dans le service de Roux ; tous ces malades ont été revus au moins 2 ans après l'opération. Il compte 270 guérisons et 54 récidives (16,7 0/0) sur l'ensemble des hernies ; les 288 inguinocèles ont donné 48 récidives (16,7 0/0) ; les 22 mérocèles, 6 (27,3 0/0) et les 14 omphalocèles, 0.

L'influence considérable de l'âge des malades ressort des chiffres suivants :

Parmi les	93	malades	âgés de moins	de 10 ans,	il y a eu	5	récidives,	soit 5,4 0/0
—	51	—	—	de 20 ans	—	5	—	9,8 0/0
—	65	—	—	de 30 ans	—	10	—	15,4 0/0
—	39	—	—	de 40 ans	—	10	—	25,6 0/0
—	76	—	de plus	de 40 ans	—	24	—	31,6 0/0

Les 235 hernies inguinales opérées par suture des piliers antérieurs ont donné 29 récidives (12,3 0/0) tandis que les 53 opérées par la méthode de Bassini en ont donné 19 (35,8 0/0). Aussi Roux en est-il revenu à la méthode de Ferrari, avec cette modification qu'il fait la suture profonde avec des points en bourse ou en U, au lieu de la faire à points coupés ordinaires.

Les 257 cures radicales où la réunion s'est effectuée par première intention ont présenté 39 récidives, soit 15,2 0/0, tandis que les 67 où il y a eu suppuration en ont présenté 15, soit 22,4 0/0.

La suppuration est un peu plus fréquente dans les hernies inguinales que dans l'ensemble des hernies. En effet, tandis que sur la totalité des 324 cures radicales, on ne trouve que 67 suppurations, soit une proportion de 20,7 0/0, pour les 288 cas d'inguinocèles, on en trouve 60, soit une proportion de 20,9.

En n'envisageant que les hernies inguinales seules, on constate que la suppuration est plus commune après l'opération de Bassini qu'après la suture des piliers antérieurs : tandis que ces dernières n'ont eu que 48 cas de suppuration (20,4 0/0), celles de Bassini en ont offert 12 (22,6 0/0).

Les accidents tardifs n'ont été observés que dans les inguinocèles ; ils se sont rencontrés dans 18 cas, soit dans 6,3 0/0. Ce sont 12 atrophies du testicule (9 après la simple suture des piliers antérieurs, soit 3,9 0/0, et 3 après l'opération de Bassini, soit 5,8 0/0) ; 3 hydrocèles du cordon ou du testicule et 3 varicocèles. J. B.

NEWBOLT. Hernie crurale renfermant l'appendice : ablation de l'appendice, cure radicale de la hernie, guérison (*Brit. med. Journ., p. 781, 27 mars 1897*).

Deux ans auparavant, la malade, alors âgée de 19 ans, avait remarqué l'apparition dans le côté d'une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, au moment d'un violent effort. Cette tumeur disparut aussitôt et ne détermina plus aucun trouble. Le 27 janvier 1897, en faisant un effort, la malade ressentit une violente douleur au niveau de la tumeur qui s'était reproduite en même temps. Les douleurs allèrent en augmentant jusqu'au 29 janvier, époque où N. vit la malade.

La tumeur avait alors le volume d'un œuf de poule, était dure, irréductible, siégeait dans l'aine droite; on n'y sentait pas d'impulsion. La constipation datait de trois jours; la malade se plaignait beaucoup de nausées. L'état général n'était pas bon.

N. pratiqua l'ouverture du sac qui contenait l'appendice. Celui-ci était gros et congestionné et ne renfermait pas de calcul ; on l'enleva avec les précautions d'usage. L'anneau crural était peu dilaté. Dissection du sac et cure radicale. Suites normales et guérison.

N. n'a pu trouver dans la littérature médicale que 2 cas semblables : 1 d'Annandale : l'appendice était perforé et fut enlevé; 1 de Jacobson qui réduisit l'appendice après agrandissement de l'anneau crural, mais qui estime qu'il est préférable de l'enlever. J. VANVERTS.

Ch. NÉLATON et L. OMBRÉDANNE. Du passage transpubien du cordon dans la cure radicale des hernies inguinales et 'orchidopexie (*Presse méd., p. 50, 31 juill. 1897*).

Ce procédé a pour but d'éviter de laisser aucun orifice au niveau de la paroi abdominale. La paroi antérieure du canal inguinal est incisée sur toute sa longueur. On réduit la hernie, on résèque le sac et on libère le cordon. Réclinant en bas le cordon, on sectionne sur une sonde cannelée la paroi postérieure du canal inguinal. Au moyen d'une pince emporte-pièce on enlève dans le corps du pubis une rondelle osseuse ; la scie à chaîne sectionne le pont osseux sus-jacent à son extrémité interne ; puis à l'aide d'une pince à séquestre on relève ce pont en dehors sur sa charnière périostique. On couche le cordon dans cette gouttière osseuse, qu'on transforme en un anneau en rabattant le pont. Deux plans de suture séparent les parois extérieure et antérieure du canal inguinal du haut en bas, sans laisser d'orifice.

Ce procédé, d'application encore récente, semble présenter des avantages de solidité pour la paroi abdominale. Le point qui reste douteux est de savoir si l'os en proliférant ne viendra pas comprimer le cordon? L'expérience seule montrera si cet accident est à redouter. J. VANVERTS.

L. DEFONTAINE. De la gastro-entérostomie pour dyspepsies ou gastrites rebelles (*Arch. prov. de chir., p. 145, mars 1897*).

La gastro-entérostomie chez les malades atteints de cancer étant bénigne, il est naturel de penser que si on opérait des sujets non cancéreux, ou même simplement moins anéantis par le cancer, alors que son existence est encore douteuse, on aurait des succès constants.

La gastro-entérostomie est justifiée chez les dyspeptiques (et l'auteur comprend sous le nom de dyspepsies tous les troubles de digestion dus à une affection chronique de l'estomac autres que le cancer) lorsque les conditions suivantes se trouvent réalisées : 1° échec des traitements médicaux, la maladie se montrant véritablement tenace et entravant gravement l'existence des malades ; 2° stase stomacale manifeste, surtout lorsqu'elle devient la cause de vomissements rebelles.

Rejetant le bouton de Murphy, l'auteur s'en tient aux sutures, sans faire subir de torsion à l'anse intestinale.

Lorsqu'un estomac souffre et se vide mal, il faut lui rendre une évacuation régulière et facile en l'abouchant à l'intestin et les accidents s'arrêtent ; l'ulcération avec ses menaces d'hémorragie ou de perforation, la menace plus terrible encore du cancer, n'existent plus. La dyspepsie se transforme sournoisement en cancer, ce qu'il faut prévenir par la gastro-entérostomie.

L'auteur publie 6 observations suivies de guérison opératoire et fonctionnelle.

F. VERCHÈRE.

I. — R. RIEDER. Zur Pathologie und Therapie der Mastdarmstricturen (Rétrécissements du rectum) (*Arch. f. klin. Chir.*, *LV*, *4*, *p. 730-745*).

II. — E. SONNENBURG. Beitrag zur operativen Behandlung hochsitzender Mastdarmstricturen (*Ibid.*, *LV*, *4*).

I. — L'auteur pose deux questions : 1° Existe-t-il des lésions histologiques caractéristiques, dans les rétrécissements d'origine syphilitique? 2° Quelle est la cause de la prédisposition particulière de la femme à ces sortes de rétrécissements ? La réponse de l'auteur, quant à la première question, est affirmative. Dans les rétrécissements d'origine syphilitique, ce sont les veines qui sont atteintes, endophlébite ou périphlébite ; les artères sont intactes ; le virus syphilitique, en effet, se répand de la périphérie au centre : les veines apportent le sang de la périphérie au centre. La femme est plus souvent atteinte par les rétrécissements syphilitiques du rectum, à cause des différences notables dans l'anatomie du bassin de la femme et de l'homme. Quant au traitement, il doit être radical et précoce ; il ne faut pas laisser des parties malades.

II.—S. décrit deux procédés opératoires, préconisés par lui, dans quelques cas de rétrécissements des parties supérieures du rectum. Le premier se rapporte à un rétrécissement d'origine syphilitique. La méthode (rectotomie externe) consiste à pénétrer dans le rectum par une incision médiane intéressant la partie moyenne du sacrum, le coccyx, se terminant sur le périnée. Le sacrum et le coccyx un peu soulevés, on fait une incision sur la paroi postérieure du rectum, en se gardant bien d'entamer le sphincter. Ensuite on introduit le doigt dans le rectum, et on élargit la lumière du canal rectal en coupant les brides. L'auteur, dans six cas, a obtenu, par cette méthode, des résultats heureux.

L'autre procédé se rapporte à un cas de rétrécissement d'origine carcinomateuse. Une opération exploratrice, incision de la paroi abdominale, a permis de faire le diagnostic, très difficile, d'une tumeur carcinomateuse, siégeant sur la partie supérieure du rectum. On a pratiqué une

incision sur le sacrum et le coccyx; on a enlevé le coccyx et réséqué une partie du sacrum. On a amené le bout central du rectum en dehors; la tumeur a été aussi extériorisée, mais le sphincter rompit. On fixa provisoirement la tumeur, et on réséqua la partie du rectum avoisinante à la tumeur. Le résultat fut bon. MARCEL BAUDOUIN.

Ernst LOBSTEIN. Ueber die Methoden der Mastdarmexstirpation (*Berlin. klin. Woch., nos 30 et 31, 26 juill. et 2 août 1897*).

Du 1er janvier 1892 au 1er décembre 1896, il a été fait, à la clinique de Czerny, 40 extirpations du rectum, dont 39 pour cancer et 1 pour tuberculose; 30 de ces opérations ont été pratiquées par la méthode sacrée, 9 par la périnéale et 1 par la vaginale. Dans les opérations par la méthode sacrée, la résection transversale du sacrum a été faite 10 fois à titre définitif et 8 fois à titre temporaire; 8 fois on a réséqué le coccyx. On a établi 10 fois un anus périnéal et 9 fois un anus sacré; 15 fois le sphincter a été conservé. L'âge des opérés variait entre 13 et 78 ans. Il y a eu 2 décès parmi les 40 opérés, soit une mortalité de 5 0/0.

On n'a pas de renseignements sur 9 opérés; 16 sont encore en vie dont 5 sans récidive. 7 fois on a obtenu une continence parfaite des matières.

Depuis 1878, il a été fait à la clinique de Heidelberg, dirigée par Czerny, 149 opérations radicales pour cancers du rectum qui ont donné 12 décès, soit une mortalité de 8,053 0/0. Pour la même maladie, il a été pratiqué aussi 53 colostomies avec 3 décès, soit une mortalité de 5,669 0/0. En réunissant les deux catégories d'opérations, on obtient un total de 202 avec 15 décès, soit une mortalité de 7,350 0/0. Les 66 cas opérés par la méthode sacrée ont donné 9 décès, ce qui représente nne mortalité de 13,64 0/0. J. B.

Swinford EDWARDS. L'extirpation des cancers élevés du rectum par la méthode de Kraske (*Brit. med. Journ., I, p. 1219, 1897*).

L'auteur estime qu'il faut en général opérer les cancers élevés du rectum. Il préfère à la voie périnéale la méthode de Kraske, qui souvent permet d'obtenir le rétablissement des fonctions du rectum. Il considère la formation préalable d'un anus artificiel comme inutile. Les résultats de cette opération sont très bons. A ce travail sont joints un tableau et le résumé de 14 observations personnelles, avec 2 morts et 2 récidives. Les malades ont été revus au moins un an et demi après l'intervention.

J. VANVERTS.

PAUL. Extirpation du rectum (*Liverpool med. Instit. 25 mars 1897, et Brit. med. Journ., p. 856, 3 avril 1897*).

Dans une première série de 14 cas d'excision du rectum pour cancer, trois sont restés guéris (un depuis dix ans, deux depuis quatre ans); un quatrième, probablement guéri, n'a pu être retrouvé; deux moururent de l'opération, les 8 autres moururent de récidive après une survie moyenne de deux ans.

Dans une seconde série, plus récente, de 14 cas, l'excision du rectum fut pratiquée deux fois pour rétrécissement syphilitique, deux fois pour tumeur villeuse, dix fois pour cancer. Quand les lésions étaient situées au niveau du tiers inférieur du rectum, on enlevait de courtes portions du conduit par la voie périnéale ou vagino-périnéale ; par l'incision médiane postérieure quand elles occupaient le tiers moyen ; par la méthode de Kraske quand elles siégeaient très haut. Les meilleurs résultats furent obtenus par l'ablation de courtes portions du rectum et la suture des deux bouts. Les quatre opérations pour lésions non cancéreuses furent suivies de succès. Dans les cas de cancer il y eut deux morts opératoires, deux morts par récidives ; les six autres restent en observation. J. VANVERTS.

QUÉNU. Technique opératoire pour l'amputation du rectum cancéreux (*Bull. Soc. chir., XXIII, p. 163*).

Dans toute opération ayant pour but la cure radicale d'un cancer du rectum, on doit s'efforcer de réaliser deux conditions essentielles : d'une part, se créer un accès facile auprès de la lésion, afin de l'enlever tout entière et d'en dépasser les limites ; d'autre part, opérer dans les conditions d'asepsie les meilleures possibles. Il est impossible d'obtenir l'asepsie du rectum cancéreux ; en conséquence il faut s'efforcer de ne pas l'ouvrir dans le cours de l'opération.

L'anus iliaque sera pratiqué quelques jours avant l'opération radicale.

On ferme l'anus par une suture en bourse après incision circulaire autour de l'orifice. On commence la dissection du rectum par sa face antérieure. Recherche du bord antérieur des releveurs de l'anus et section de ces muscles. Décollement de la face postérieure de la prostate ; si celle-ci est prise, on en enlève une tranche en évitant de léser l'urètre (sonde mise préalablement dans l'urètre). Section du rectum entre deux ligatures élastiques. Pour confectionner l'anus, Q. lie le bout rectal, non suturé à la peau, sur un tube, afin de conduire loin de la plaie les sécrétions rectales. Au bout de trois ou quatre jours, on enlève ce tube et on fixe la muqueuse rectale à la peau.

Q. a pu pratiquer une fois cette opération sur le vivant avec succès.

J. VANVERTS.

ENGEL. Zur Frage der blutigen Reposition veralteter Luxationen in grossen Gelenken (De la réduction sanglante des luxations anciennes des grandes articulations) (*Arch. f. klin. Chir., LV, 3, p. 603-634*).

L'auteur fait connaître le résultat des opérations de réduction sanglante des luxations anciennes, pratiquées il y a quelques années à la clinique de Bergmann. Pour trois opérations de luxations de l'épaule, le résultat a été bon au point que les malades ont pu tous les trois reprendre leur travail.

Pour sept opérations de luxations du coude, trois d'entre elles, où il y eut infection de la plaie, se sont terminées par ankylose. Dans les quatre autres, où l'asepsie a été complète, le résultat a été satisfaisant.

Dans deux luxations de la hanche où il y eut cependant infection de la plaie, le résultat fonctionnel a été satisfaisant.

L'auteur est d'avis que la réduction sanglante ne doit se faire que dans le cas d'importence fonctionnelle complète du membre.

MARCEL BAUDOUIN.

DREHMANN. Zur operativen Behandlung irreponibler..... (Traitement opératoire des luxations traumatiques irréductibles de la hanche (*Beitr. zur klin. Chir., XVII, 3*).

Dans les luxations récentes, l'irréductibilité est due à l'interposition dans le cotyle de fragments de capsule, ou encore de muscles.

Dans les luxations anciennes s'ajoutent encore : la rétraction de la capsule et des muscles, et la présence du tissu fibreux qui comble le cotyle, celui-ci gardant d'ailleurs sa disposition normale et son cartilage intact. On peut remédier à ces lésions, d'abord par l'extension continue pendant deux à trois semaines, au besoin avec l'appareil à extension de Lorenz dont l'auteur donne la description, puis par une intervention sanglante dont l'objet est la réduction du fémur après section de toutes les adhérences à l'os iliaque, et ablation de tout le tissu fibreux qui remplit le cotyle. Ces manœuvres sont facilitées par la résection temporaire du grand trochanter, écarté avec les attaches musculaires. La réduction est maintenue par l'extension du membre en abduction avec légère rotation externe. Massage, marche au bout de quatre semaines.

Par ce procédé, Mikulicz a opéré trois cas, dont deux ont donné d'excellents résultats fonctionnels ; le troisième est mort de septicémie le neuvième jour. Drehmann rapporte 9 autres observations avec 1 mort de septicémie, 1 ankylose par infection et 1 récidive réopérée avec succès. Les malades bien guéris ont eu d'excellents résultats fonctionnels ; cette méthode est donc supérieure à la résection de la tête fémorale qui a donné 4 morts sur 14 opérations, et un raccourcissement de 3 à 7 centimètres.

ROBINEAU.

A. SCHANZ. Zur blutigen Reposition der angeborenen Hüftverrenkung (*Zeitsch. f. orthop. Chir., IV*).

Schanz a réuni 135 opérations sanglantes pratiquées par 21 chirurgiens, autres que Hoffa et Lorenz, pour des luxations congénitales de la hanche. L'âge des malades oscillait entre 2 et 20 ans. Les résultats définitifs ont été 109 fois bons, 6 fois satisfaisants, 8 fois mauvais (récidives); 7 décès par septicémie et 4 par maladies intercurrentes.

J. B.

A.-L. DUPRAZ. Des lésions vasculaires consécutives aux luxations de la hanche (*Revue méd. Suisse romande, XVI, n° 4, avril 1896*).

Dupraz n'a trouvé dans la littérature que 8 cas de luxation de la hanche avec lésions vasculaires ; il en ajoute un 9e : luxation sus-pubienne, thrombose de la veine fémorale ; réduction par les moyens de douceur ;

embolies pulmonaires; guérison chez un homme de 42 ans. 7 fois sur 9, il s'agissait de luxations sus-pubiennes. 1 seule fois on pouvait incriminer les tentatives de réduction; 4 cas ont eu une issue favorable et 5 se sont terminés fatalement. J. B.

I. — H. SICARD. De l'ostéotomie sous-trochantérienne oblique comme traitement des attitudes vicieuses de la cuisse et en particulier des ankyloses coxalgiques (*Thèse de Paris*, *1897*).

II. — H. GOLAZ. De l'ostéotomie sous-trochantérienne dans les luxations congénitales de la hanche (*Thèse de Paris*, *1897*).

I. — L'auteur rapporte 5 observations où il montre l'excellence de cette opération. Quatre ont trait à des ankyloses après coxalgie, une seule après fracture. D'une façon générale, cette intervention est indiquée quand la cuisse est en flexion, adduction et rotation en dedans. Elle corrige le déplacement et crée un allongement qui a été dans un cas de 2 centimètres. C'est à cause de cet allongement qu'on doit préférer l'ostéotomie oblique à l'ostéotomie linéaire, et à plus forte raison à l'ostéotomie cunéiforme. L'auteur insiste, en terminant, sur l'importance d'appliquer un bon appareil à extension, et de surveiller avec soin le malade; tout le succès dépend des suites opératoires.

II. — L'auteur rapporte 5 observations, dont il conclut que l'ostéotomie est une opération relativement peu grave, elle allonge le membre, diminue ou fait disparaître l'ensellure, elle atténue la claudication. Elle devra être employée dans les luxations unilatérales ou bilatérales, quand les malades auront dépassé l'âge de réduction par la méthode sanglante.

VICTOR VEAU.

H.-H. HIERSCH. Die Entstehung des angebornen..... (Sur le mode de développement de la luxation coxo-fémorale congénitale) (*Archiv f. pathol. Anat.*, *CXLVIII*, *3*).

Dans la luxation coxo-fémorale congénitale, la cavité cotyloïde est si raccourcie, si rétrécie qu'elle ne peut recevoir la tête fémorale. Si, par la méthode de Lorenz, on remet la tête fémorale dans sa place normale, qu'on la maintienne dans la position d'abduction, il se forme de nouveaux ligaments. Au bout de six mois environ, les enfants peuvent se tenir debout et marcher sans qu'il en résulte de nouvelle luxation. Ceci montre que la cavité cotyloïde a augmenté de profondeur et d'étendue, pour continuer à se développer normalement.

Tous ces faits prouvent qu'il ne s'agit point là d'un arrêt de développement primitif, mais qu'une luxation intra-utérine est la cause de l'accident. Les enfants du sexe féminin étant plus souvent atteints de cette affection (87 0/0) que les enfants du sexe masculin (12 0/0), il est probable que cela est dû à des conditions spéciales de développement.

Dès le 5e mois de la vie intra-utérine, la partie antérieure du bassin féminin est plus étendue en diamètre transversal que celle du bassin masculin. Les cavités cotyloïdes sont dirigées davantage sur les côtés chez les fœtus féminins, de sorte que les cuisses en flexion subissant sous l'in-

fluence de la croissance, dans l'espace resserré de la cavité utérine, une pression énergique, la tête fémorale sort plus aisément de la cavité cotyloïde que dans le sexe masculin. ED. RETTERER.

V. ROCHET. Traitement de la luxation congénitale unilatérale de la hanche par la création d'une ankylose fémoro-iliaque en bonne position (*Lyon méd., 21 fév. 1897*).

R. a cherché une opération simple, n'ayant pas les difficultés de celle de Hoffa, pour certains cas de luxation unilatérale congénitale. Il met à jour la tête, incise la capsule à fond et fait un curetage minutieux du revêtement séreux articulaire, il enlève, aussi largement que possible, le cartilage d'encroûtement de la tête pour préparer une ankylose facile; la tête descendue autant que possible, on suture en capiton la partie supérieure de la capsule pour prévenir la réascension de la tête; puis on suture le reste de la capsule à soies perdues et les muscles et la peau séparément. Appareil plâtré prenant le bassin, la fesse et le membre, et appareil à extension. Dans quatre cas, fillettes de 8 à 10 ans, le résultat a été excellent. A. CARTAZ.

I. — SCHEDE. Ueber die unblutige Reposition der angeborenen Hüftluxation (*Berlin. klin. Woch., p. 944, 19 oct. 1896*).

II. — A. LORENZ. Ueber die unblutige Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung..... (*Ibid., p. 945*).

III. — A. HOFFA. Ueber die Endresultate der blutigen und unblutigen Operation der angeborenen Hüftgelenksverrenkung (*Ibid., p. 946*).

IV. — Emil SENGER. Vorschlag zu einer Modification des Lorenz'schen Verfahrens der unblutigen Hüftgelenkeinrenkung bei älteren Kindern (*Ibid., 18 janv. 1897*).

I. — Depuis 18 mois, Schede a pratiqué la réduction forcée, sans opération sanglante, de 75 cas de luxations congénitales de la hanche, dont 24 bilatérales; 1 fois seulement sur les 99, il a échoué. 25 de ces cas concernent des enfants âgés de 7 à 16 ans; l'ascension du trochanter excédait 5 centimètres, 36 fois; 7 centimètres, 16 fois; 4 fois le déplacement était de 8 centimètres; 1 fois de 9; 2 fois de 10 et 1 fois de 11 centimètres. Dans le même espace de temps, il n'a opéré que 2 luxations de la hanche, toutes deux bilatérales. La réduction obtenue, pour la maintenir, Schede applique un appareil plâtré, en abduction. Contrairement à Lorenz, Sch. juge indispensable de réduire simultanément les deux jointures, parce que si on le fait successivement, immanquablement l'attitude prolongée d'abduction de la première articulation traitée amènera une récidive durant le traitement de la seconde, à cause de la marche avec une semelle surélevée.

II. — Jusqu'ici Lorenz a réussi 83 fois à réduire, pendant l'anesthésie et sans opération sanglante, la luxation congénitale de la hanche. Il s'est constamment efforcé de simplifier son procédé (*R. S. M.*, XLVII, 675). Le procédé de Lorenz, à l'inverse de celui de Paci, n'a pas pour but la

formation d'une néarthrose artificielle au voisinage le plus immédiat possible de l'articulation coxofémorale; son but est de rendre à l'activité cette dernière elle-même, de la remettre en fonctionnement. D'après les nouvelles observations de Lorenz, son procédé est encore applicable chez les enfants de 10 à 12 ans, pourvu que les conditions anatomiques soient favorables et qu'on ait fait scrupuleusement le traitement préparatoire. Pour éviter la reluxation, L. recommande, dans la première attitude à donner au membre, de ne pas avoir égard à la commodité de la fonction, mais de placer le membre de manière qu'une récidive soit impossible durant la première étape de la fixation; au bout de peu de mois, la réduction est devenue suffisamment stable pour s'accommoder d'une abduction beaucoup moindre. Lorenz, qui a jusqu'ici fait 230 fois la réduction sanglante, comprend très bien qu'elle ne se soit pas vulgarisée, spécialement dans les services de clinique, parce qu'elle exige un traitement secondaire poursuivi minutieusement pendant 2 ans au moins, sinon on est exposé à avoir des contractures.

III. — Hoffa considère comme un grand progrès la méthode de réduction non sanglante, mais il ne faut pas trop lui demander. Si, d'une manière générale, on obtient sans trop de difficultés la réduction de la tête, il arrive parfois qu'en enlevant le premier appareil plâtré, la tête fémorale est ressortie de la cavité articulaire; le traitement secondaire a donc encore des progrès à faire. Il est néanmoins d'avis d'essayer dans tous les cas la réduction sans opération. Si elle réussit, le malade a une articulation bien plus mobile qu'après une opération.

Hoffa présente, d'autre part, 30 enfants qui ont subi l'opération d'un des 2 côtés pour réduire des luxations congénitales, et chez lesquels les résultats sont presque irréprochables. La durée moyenne du traitement est de 3 mois; plus tard, les enfants ne portent aucun appareil de soutien. Chez aucun, H. n'a vu survenir de la raideur articulaire ou des contractures. Aussi recommande-t-il de suivre exactement son manuel opératoire (*R. S. M.*, XLVIII, 247.)

IV. — Senger propose de modifier le procédé de réduction non sanglante de Lorenz de façon à le rendre applicable à une plus grande généralité de cas, notamment à des enfants au delà de 6 ans. Mais, pour cela, il en fait une opération à premier temps sanglant, car il commence par sectionner la partie antérieure de la capsule articulaire qui constitue l'obstacle essentiel à l'abaissement de la tête fémorale, parce qu'elle résiste à des tractions suffisantes pour produire des ruptures musculaires. On trouvera dans le travail de S. le manuel opératoire qu'il indique et les changements qu'il a apportés à l'appareil d'extension à vis de Lorenz, dans le but d'en rendre le fonctionnement moins aveugle. J. B.

Louis REMOND. Contribution à l'étude des luxations sterno-claviculaires (*Thèse de Paris, 1897*).

Dans ce travail l'auteur rapporte 4 observations dont 2 personnelles. Il conclut que des 3 variétés, pré-sternales, rétro-sternales, sus-sternales, la première est de beaucoup la plus fréquente, la dernière la plus rare. Dans le mécanisme de ces luxations le point fixe est toujours le ligament costo-claviculaire qui est souvent intact ou ne cède qu'en dernier lieu.

Le diagnostic de chaque variété est facile et le pronostic est généralement bénin. Le traitement est moins facile. La réduction est simple d'ordinaire, mais la contention est souvent impossible. La suture doit être réservée aux cas les plus graves. VICTOR VEAU.

TEXIER et GINESTOUS. Suture osseuse dans deux cas de luxation sus-acromiale (*Journ. méd. Bordeaux, 27 sept. 1896*).

Chez le premier malade, les résultats obtenus ont été les suivants : disparition de la déformation ; retour de tous les mouvements de l'épaule, qui ne sont pas douloureux ; diminution de force, due à une légère atrophie du deltoïde. Chez le second malade, le résultat a été également bon, bien que la clavicule soit un peu plus saillante que du côté opposé. Dans les deux cas, la bénignité de l'opération a été absolue ; une incision de 5 à 6 centimètres, à concavité regardant en arrière et en dedans, a suffi ; les ligaments acromio-claviculaires déchirés ont dû être réséqués. Les fils d'argent, laissés en place, paraissent bien tolérés. OZENNE.

I. — FINCKH. Ueber die reponibilität..... (De la réduction des luxations anciennes de l'épaule) (*Beitr. zur klin. Chir., XVII, 3*).

II. — SAMOSCH. Beitrag zur operativen Behandlung..... (Traitement opératoire des luxations récidivantes de l'épaule) (*Ibid.*).

I. — Les principales causes d'irréductibilité sont les adhérences de la tête et la formation de tissu fibreux dans la cavité glénoïde pour les très vieilles luxations ; pour celles de dates récentes, ce sont les complications et surtout : les fractures de la grosse tubérosité, du col de l'humérus, du bord de la cavité glénoïde ; tous ces cas sont justiciables d'une intervention sanglante qui peut donner de bons résultats. D'après l'examen de 100 luxations, l'auteur conclut que toute luxation non compliquée datant de 2 à 4 semaines peut être réduite ; jusqu'à 9 semaines, le résultat est encore bon, car on réduit 4/5 de luxations ; au delà il est exceptionnel d'obtenir la réduction sans opération.

En outre, l'auteur étudie les variétés, les complications de ces luxations; en particulier, dans 4 cas où une fracture du col de l'humérus fut constatée ou produite dans la tentative de réduction, il y eut pseudarthose et bon résultat.

II. — Lorsqu'on se trouve en présence d'altérations du squelette, la résection de l'articulation est indiquée. Quand il n'y a qu'une modification de la capsule, un diverticule, sorte de sac herniaire, dans lequel vient se loger la tête humérale, l'opération doit porter sur la capsule seule.

Chez un homme de 32 ans qui, depuis 2 années, s'était luxé 20 fois l'épaule, Mikulicz mit à nu la face antérieure de l'articulation, incisa le diverticule de haut en bas, en fit glisser le segment interne sur l'externe, et les sutura l'un à l'autre au fil d'argent. Ainsi la cavité articulaire était réduite, et la capsule dans sa partie faible était doublée d'épaisseur. Le résultat fut excellent.

ROBINEAU.

Munro SMITH. Luxation des tendons péroniers (*Brit. med. Journ., p. 1216, 15 mai 1897*).

Homme de 50 ans, souffrant de violentes douleurs dans le cou-de-pied droit. Les tendons péroniers sont sur la malléole externe. On peut les réduire facilement à leur place normale ; mais ils en sortent aussitôt, car la rainure qui doit les contenir est peu profonde. S. sutura les tissus fibreux au-dessus de la gouttière où il avait réduit les tendons. Le malade fut maintenu au repos pendant quelques semaines.

Quelque temps après qu'il eut repris son travail, les douleurs reparurent, et la luxation des tendons se reproduisit. S. pratiqua alors le décollement d'un lambeau périostique qu'il laissa adhérent par un bord à la malléole externe, le rabattit sur les tendons péroniers et le sutura. Depuis six semaines le malade a repris son travail ; le résultat fonctionnel est bon et les tendons semblent fixés solidement dans leur gouttière. J. VANVERTS.

MENARD et BUFNOIR. Troubles de la croissance et déformation du squelette dans la tuberculose articulaire et spécialement dans la tuberculose du genou (*Revue d'orthop., mai 1897*).

L'allongement du membre inférieur dans la tumeur blanche du genou est un phénomène presque constant ; les auteurs l'ont observé 17 fois sur 20 malades. L'allongement en général porte sur les deux os ; il prédomine souvent sur le fémur. Dans deux cas, les auteurs ont observé un raccourcissement, et alors le fémur était allongé et le tibia était raccourci. Le pied est au contraire raccourci dans la tumeur blanche du genou.

La cause de l'allongement est due à l'irritation du cartilage de conjugaison par le processus tuberculeux. Le raccourcissement du pied est plus difficile à expliquer, peut-être est-il dû à une action atrophiante partie du système nerveux central et provenant d'un réflexe venu de l'articulation. VICTOR VEAU.

Carl JANSON. Nouvelle méthode de traitement de la tuberculose chirurgicale (*Arch. de méd. exp., IX, n° 2, p. 318, mai 1897*).

L'auteur, en injectant chaque semaine sous la peau une dose faible (de 1/3 de centimètre cube à 2 centimètres cubes) d'une culture très peu virulente d'érysipélocoque à des sujets atteints de tuberculoses chirurgicales, a obtenu des améliorations marquées. Dans 5 cas de lupus, il a également obtenu de l'amélioration, mais pas une guérison complète. Il signale encore les bons résultats donnés par ce traitement dans 2 cas de lymphadénie aleucémique, dont l'un guérit complètement, et dans un cas de syphilis tertiaire où les symptômes disparurent en un mois.

H. BOURGES.

WAITZ. Les kystes dermoïdes du sternum (*Thèse de Paris, 1897*).

W. rapporte 10 observations ; il montre qu'il existe sur la face antérieure du sternum des kystes dermoïdes ou mucoïdes siégeant au ni-

veau de la réunion des deux premières pièces du sternum. Ces kystes sont de nature congénitale. Les kystes dermoïdes sont tapissés à l'intérieur d'un épithélium pavimenteux stratifié ; ils renferment des matières sébacées et des poils. Les kystes mucoïdes sont tapissés d'un épithélium à cils vibratiles; ils renferment un liquide muqueux et filant.

Au point de vue clinique ces kystes sont d'un volume peu considérable, indolents, tantôt pâteux, tantôt fluctuants, tantôt élastiques. La peau qui les recouvre n'est pas altérée. Leur marche est lente et irrégulière ; ils ne guérissent jamais spontanément. Leur pronostic est bénin ; l'extirpation est facile.

VICTOR VEAU.

OLLIER. De l'ostéoplastie appliquée à l'occlusion des cavités osseuses accidentelles et en particulier des cavités laissées par les larges évidements des os (*Revue de chir., p. 265, avril 1897*).

La rigidité et la rétraction insensible des parois retardent l'occlusion des cavités osseuses anormales, accidentelles, pathologiques ou postopératoires. Pour les os longs ce retard de réparation se rencontre surtout après les évidements étendus du tibia. Pour les os courts c'est au calcanéum. Supprimer ou mobiliser une des parois rigides et incompressibles permet au périoste dans le premier cas de se rapprocher de la paroi opposée et dans le second de mettre en contact les parois osseuses elles-mêmes.

La résistance de l'os est momentanément diminuée, mais la formation de couches osseuses nouvelles à la face profonde du périoste vient bientôt lui donner la solidité nécessaire.

En dehors des os hyperostosés, qui ont acquis par cette hyperostose même une grande résistance, il vaut mieux ne pas sacrifier la paroi osseuse, mais la rendre mobile en la découpant et lui donnant la forme d'un volet qui sera, suivant le cas, ou seulement rapproché de la paroi opposée ou immédiatement fixé par une vis métallique ou la suture. Une fois le volet découpé et rendu mobile, on peut l'abandonner à lui-même et attendre l'oblitération de la cavité par les granulations.

Le volet osseux latéral est le moyen le plus commode et le plus souvent applicable, mais on peut tailler plusieurs volets suivant la forme et la disposition de la cavité.

Les greffes osseuses, homoplastiques ou hétéroplastiques peuvent être employées exceptionnellement quand on ne trouvera pas dans l'os lui-même ou sur les os adjacents les moyens de réparer la perte de substance.

Dans certains cas de cavités intra-osseuses à parois très amincies et atones, il vaudra mieux procéder immédiatement à la résection de toute l'épaisseur et à l'ablation totale de l'os évidé, s'il s'agit d'un os qui n'ait qu'une importance secondaire pour la solidité du membre.

F. VERCHÈRE.

Ch. FÉRÉ. Note sur des entorses symptomatiques (entorses par hypotonie) (*Revue de chir., p. 39, janv. 1897*).

Toutes les conditions dans lesquelles la tonicité musculaire est affectée

peuvent favoriser l'entorse. Or, l'hypotonie ne se rencontre pas seulement dans les affections paralytiques proprement dites ; elle existe dans le tabes dorsal et il s'ensuit des laxités articulaires anormales.

A la suite des accès d'épilepsie, la diminution de l'action des muscles est mise en évidence par la diminution de la tonicité musculaire, qui se montre bien dans l'affaissement des traits et l'abolition de l'expression faciale, par la diminution de la contraction volontaire qui fournit une courbe semblable à celle de la fatigue, enfin par l'abolition des réflexes tendineux.

L'auteur rapporte l'observation d'une malade chez laquelle l'entorse à répétition s'observait pendant les périodes matinales où prédominaient les troubles moteurs, elle se localisait du côté gauche et disparaissait avec les troubles moteurs. Chez elle la faiblesse articulaire était bien liée à l'état de l'activité musculaire. F. VERCHÈRE.

J. EDGARD. Fracture de l'omoplate par action musculaire (*Montreal med. Journ., fév. 1897*).

Homme de 45 ans. Il conduisait sur une descente une voiture pesamment chargée. Une partie des harnais vint à se rompre. Pour empêcher que la voiture descendît sur les chevaux, il saisit fortement l'une des roues avec les deux mains. Le choc fut trop violent et le força à s'agenouiller. Au moment où le genou touchait le sol, le malade ressentit quelque chose qui se brisait dans son épaule gauche et ne put continuer l'effort. En se relevant, il constata que son bras était faible et douloureux et que la douleur siégeait dans l'épaule, qu'il crut démise. Il n'avait reçu aucun traumatisme direct sur l'épaule. L'épaule ne présentait pas de déformation, mais était située sur un plan inférieur à l'opposée. Aucune trace de contusion. L'angle inférieur du scapulum était séparé et distant du reste de l'os d'environ trois quarts de pouce. La ligne de fracture était parallèle à l'épine. Le fragment inférieur était très mobile quand le bras pendait le long du tronc ; en le déplaçant pour le remettre en place, on déterminait de la crépitation.

A l'aide d'un appareil simple la consolidation fut complète en sept semaines et le rétablissement des mouvements du bras fut parfait. J. VANVERTS.

J. ISRAEL. Zwei Fälle von Exstirpation des Schulterblattes (*Berlin. klin. Woch., n° 44, p. 987, 2 nov. 1896*).

Israël a eu deux fois l'occasion d'extirper l'omoplate droite.

Le premier malade, un homme de 38 ans, a été opéré en 1890, 6 mois après l'apparition de la tumeur, un sarcome à cellules fusiformes, gros comme un œuf d'autruche, qui provenait du périoste de la face antérieure de l'omoplate et avait commencé à envahir les muscles sur les côtés. Un an après, mort par sarcome du foie et de la plèvre droite. Le second malade est un homme de 36 ans, qui, après avoir fait une chute de 4 mètres de hauteur sur l'épaule, y ressentit 2 mois plus tard des douleurs et s'y découvrit une tumeur un an après la chute. Au bout d'une nouvelle année, en septembre 1893, on lui fit la résection de la tête humérale pour enchondrome. Un an ne s'était pas passé qu'on constata une récidive.

Le 3 juillet 1896, il existait une pseudarthrose scapulo-humérale ; l'humerus était sain, mais dans le creux axillaire, proéminait une tumeur qui partait de l'omoplate. Le 6 juillet, opération.

Il s'agissait d'un myxochondrome kystique, gros comme une tête d'enfant et mêlé de parties sarcomateuses. Cette tumeur partie de la substance osseuse était partout traversée de lamelles osseuses et n'avait respecté de l'omoplate qu'une étroite bande marginale interne, la crête et une portion de la fosse sus-épineuse.

Chez cet homme, comme chez le précédent, les fonctions du membre supérieur sont parfaites. Le bras suspendu aux restes du deltoïde exécute ses mouvements à l'aide du grand pectoral et du grand dorsal. Le malade peut placer la main sur l'épaule gauche et la porter dans le dos et soulever des poids lourds. Il écrit bien, même debout. J. B.

DAGRON. Vingt cas de fractures de la clavicule traitées par le massage (*Journal de méd. et de chir. prat., 25 août 1896*).

De ces 20 fractures, 4 portaient sur l'extrémité externe, 2 sur l'extrémité interne, 14 sur le milieu de la diaphyse.

Le massage s'adresse non seulement à l'os fracturé, mais aux muscles et jointures du voisinage. Dagron pratique d'abord des frictions légères avec un corps onctueux, puis le massage de l'os, en évitant d'exercer de pression sur le bord antérieur de l'os; le massage se fait de dehors en dedans.

Le premier muscle à masser est le deltoïde, surtout au niveau des fibres verticales, puis au niveau des fibres obliques, surtout des antérieures; après le massage des muscles voisins du dos, de la poitrine et du bras, il faut exercer l'articulation de l'épaule pour prévenir les raideurs. Après le massage, on met le membre supérieur en demi-flexion, maintenu par une écharpe simple; au bout de 15 jours, l'écharpe peut être placée sur le vêtement. Les fractures se consolident en 18 à 25 jours. H. L.

R. BIBARD. Contribution à l'étude des causes externes du décollement de l'épiphyse supérieure de l'humérus (*Thèse de Paris, 1897*).

Dans ce travail l'auteur relate 62 observations cliniques et de nombreuses expériences personnelles. La disjonction de l'épiphyse humérale supérieure peut se produire par arrachement direct, par torsion, par flexion.

L'arrachement direct produit par traction de la diaphyse suivant l'axe huméral est un fait rare en clinique et difficilement réalisable par l'expérimentation.

La traction de la diaphyse tend la partie inférieure de la capsule qui ne s'insère pas sur l'épiphyse. Celle-ci est pour ainsi dire indifférente dans la traction. La théorie de l'arrachement doit donc être combattue.

Le choc direct paraît avoir une influence prépondérante parmi les causes externes de ce décollement. De plus il favorise la divulsion secondaire en altérant les éléments qui font adhérer les deux portions osseuses. La contraction musculaire suffit alors et produit consécutivement la disjonction. Ainsi s'expliquent les déplacements tardifs de la diaphyse constatés en clinique.

Le mécanisme de la flexion paraît surtout dans les cas obstétricaux. Il semble aussi se rapporter aux divulsions par chute sur le coude.

L'auteur signale la position constamment postérieure du sommet du cône diaphysaire et l'inclinaison brusque de la concavité épiphysaire derrière ce sommet. Cette disposition a pour effet d'empêcher le déplacement en arrière de la diaphyse.

Le décollement ne se produit presque jamais sur toute la surface de séparation à la fois. Il commence le plus souvent par la face externe, mais il peut aussi commencer par la face interne. Il s'ensuit que la manœuvre de Moore (élévation du bras à la verticale) doit être réservée aux cas dans lesquels la divulsion a commencé par la face externe.

La possibilité de décollements tardifs justifie ce conseil d'immobiliser l'épaule, aussitôt qu'un décollement initial est signalé par un point douloureux au niveau du cartilage de conjugaison. VICTOR VEAU.

WALTHER. De l'intervention chirurgicale dans les décollements traumatiques de l'épiphyse supérieure de l'humérus (*Revue d'orthop., janv. 1897*).

1° Jeune homme de 17 ans, tombé la veille sur l'épaule ; décollement de l'épiphyse supérieure de l'humérus avec déplacement en haut et en dedans du fragment diaphysaire, l'épiphyse étant restée en place, la tête humérale occupant la cavité articulaire. Il y avait déchirure du deltoïde par le fragment diaphysaire qui passait dans à travers la boutonnière. Les essais de réduction restèrent infructueux, même sous le chloroforme. L'auteur dut faire la résection de l'extrémité supérieure de la diaphyse. Le résultat fut excellent.

2° Il s'agit d'un jeune homme de 18 ans, tombé, 15 jours auparavant, sur l'épaule. Il présente la même saillie antérieure sur le moignon ; la même impossibilité d'élever le bras en avant. Décollement de l'épiphyse humérale supérieure, chevauchement en haut et en dedans du fragment diaphysaire. La consolidation était trop avancée pour essayer de réduire. On chercha à obtenir de la mobilité à l'aide du massage. Devant la lenteur du résultat, l'auteur intervint. En raison de la solidité du cal, il se contenta de réséquer la portion exubérante de celui-ci. Le malade, revu deux mois plus tard, avait recouvré la presque totalité de ses mouvements. VICTOR VEAU.

TILMANN. Zur Frage der Torsionsfrakturen des Oberschenkels (*Berlin. klin. Woch., n° 35, 31 août 1896*).

Tilmann a observé 5 cas de fracture du fémur par torsion ayant tous une étiologie identique. Chez 4 de ces malades, l'accident s'était produit lorsque, assis (3) ou debout (1), ils se déchaussaient ; chez le cinquième, en voulant voir une blessure qu'il venait de se faire sur le bord externe de la plante du pied.

La fracture siégeait une fois au tiers inférieur, deux fois à la limite des tiers moyen et inférieur, une fois au tiers moyen et une fois au tiers supérieur. Des 5, seul le plus âgé, un homme de 48 ans, a succombé ; il était atteint d'ataxie locomotrice depuis 10 ans, ainsi que l'une des deux femmes, âgée de 36 ans. Pour les trois autres malades, il ne semblait pas qu'il s'agisse de fractures spontanées. Néanmoins Tilmann, après s'être assuré par des expériences sur le cadavre que ces fractures par torsion n'étaient possibles qu'autant que les os offraient de l'atrophie sénile, a recherché le sort ultérieur de ces trois personnes et a découvert que toutes trois étaient devenues aussi plus ou moins ataxiques.

Dans ces trois cas, la fracture résultant de troubles trophiques du système osseux avait été le symptôme initial de l'affection médullaire, précédant même l'immobilité réflexe des pupilles et l'abolition du réflexe rotulien (*R. S. M.*, XLVIII, 251). J. B.

J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Fractures de rotule : traitement par l'ouverture large de l'articulation et la suture, ou par le massage (*Journ. méd. et de chir. prat., 25 juin 1897*).

L'auteur a fait 50 opérations de sutures de la rotule pour des fractures, et 5 opérations de sutures tendineuses, sans fracture. Aucun cas de complication partie de l'articulation ne s'est montré; même dans les plus mauvaises circonstances il n'a jamais observé la suppuration de la jointure. Il insiste sur l'importance de l'ouverture large de l'articulation, sur le nettoyage très minutieux, l'incision de la peau par un lambeau convexe en bas, descendant jusqu'à l'épine tibiale; l'emploi de deux fils parallèles et très forts; le drainage extérieur à la jointure. Il recommande de faire marcher au bout de dix jours, mais sans forcer l'articulation et en laissant les mouvements revenir peu à peu.

Le retour à une marche solide sans boiterie a été la règle constante. Il n'a vu de refracture que sur des sujets chez lesquels il n'y avait pas eu de consolidation; les fragments étaient rapprochés, mais non accolés.

L'opération amène la disparition presque immédiate de la douleur. L.-C. a en outre pratiqué des sutures de la rotule à ciel ouvert avec fils métalliques perdus, unissant la rotule soit à des tendons arrachés du triceps, soit à l'épine tibiale. Si la suture n'est pas praticable, L.-C. ne recourt pas à d'autre traitement qu'à celui du massage pratiqué d'une manière régulière. H. L.

LAFOURCADE. Fracture simultanée des deux rotules, et discussion (*Bull. Soc. de chir., XXIII, p. 385*).

Lafourcade a pratiqué la suture osseuse chez une femme de 35 ans qui s'était brisé les deux rotules. Il a du réséquer un grand lambeau périostique qui s'était rabattu sur la tranche du fragment supérieur. Six mois après l'accident, le genou fléchit au-delà de l'angle droit; à droite, la flexion n'atteint pas l'angle droit. La marche est bonne. Le massage avait été commencé douze jours après l'opération sur les muscles et cinq jours après sur l'articulation elle-même.

Chaput insiste sur la rareté des fractures simultanées de la rotule. Dans ces cas il faut toujours recourir d'emblée à l'opération sanglante. Il préfère, sauf dans les cas de fracture ancienne, la suture fibreuse et périostique à la suture osseuse.

Lejars a observé un cas de fracture simultanée des deux rotules qu'il a traitée avec succès par le cerclage.

Championnière retrace l'historique de la question qu'il étudie longuement. L'ouverture large de l'articulation est indispensable pour la vider complètement et pour relever les lambeaux fibro-périostiques (tablier fibreux) qui séparent les fragments rotuliens et empêchent la production d'un cal osseux.

La suture au gros fil d'argent est le seul procédé capable d'obtenir une coaptation absolue des fragments osseux et de consolider la rotule en formant une sorte d'attelle permanente; il en est de même de la suture dans le cas de rupture du tendon rotulien.

Le cerclage est un procédé d'exception, qu'on n'emploiera que quand la suture sera impossible. La suture fibro-périostique, employée seule, est à rejeter. Le massage, utilisé comme seule méthode, est capable de donner d'excellents résultats. Tous les appareils doivent être éliminés.

VANVERTS.

Félix LEJARS. Le cerclage de la rotule (*Presse méd., 20 mars 1897*).

Manuel opératoire: incision arquée sous-rotulienne. Evacuation des caillots et du liquide qui remplissent la bourse prérotulienne et l'articulation du genou. Cerclage de la rotule à l'aide d'un fil d'argent solide et souple; l'une des extrémités est passée transversalement de dedans en dehors dans le tendon du triceps à égale distance des faces antérieure et postérieure du tendon et au contact du bord supérieur de la rotule; l'autre extrémité est passée de dedans en dehors dans l'épaisseur du ligament rotulien, les deux extrémités du fil sont tordues en dehors après adaptation du fil au bord interne de la rotule.

Le traitement consécutif a une extrême importance. L'appareil immobilisateur doit être enlevé au bout de 12 à 15 jours, et à ce moment on commence les exercices, le massage, la marche, l'électrisation.

Cette méthode serait, d'après L., supérieure à la suture osseuse et d'une opération plus simple. Elle serait seule applicable, à l'exclusion de la suture, dans les cas de fracture comminutive ou de fracture avec fragments minuscules.

L. a employé ce procédé dans 6 cas (dont une fracture bilatérale). Il en donne le résumé avec les résultats éloignés qui furent tous excellents.

J. VANVERTS.

Gabriel GAUTHIER. Médication thyroïdienne dans les fractures avec retard de consolidation (*Lyon méd., 27 juin 1897*).

Relation de 2 cas où la médication thyroïdienne a eu un très bon effet sur la consolidation retardée du cal.

Dans le premier cas, jeune fille de 15 ans, la fracture de jambe n'était pas consolidée au 110ᵉ jour. La médication thyroïdienne (120 grammes de glande) amena la soudure rapide.

Chez le second malade, homme de 48 ans, fracture du radius non consolidée au bout de trois mois; guérison rapide avec 160 grammes de glande.

A. C.

S. PILCHER. The ambulatory treatment of fractures of the lower extremity (*Trans. Amer. surg. Ass., XIV, p. 239 et suiv.*).

Plaidoyer en faveur du traitement ambulatoire des fractures de l'extrémité inférieure. P. a traité par cette méthode 20 cas pour lesquels le ré-

sultat a été des plus satisfaisants. Il indique les conditions dans lesquelles doit être appliqué l'appareil, le moment de son application, la période à laquelle on peut permettre la marche en s'aidant des béquilles, etc. A. C.

HENNEQUIN. Étude critique sur le traitement ambulatoire (*Revue d'orthop., janv. 1897*).

Travail de critique où l'auteur discute la question du traitement ambulatoire des fractures et combat l'enthousiasme pour cette méthode ; il montre que les avantages qu'on lui accorde sont peu marqués et ne compensent pas les nombreux inconvénients dont on ne s'aperçoit que trop tard. H. est opposé à cette pratique. V. VEAU.

POTHERAT. De l'amputation totale du pied par le procédé de Syme; rapport de KIRMISSON (*Bull. Soc. chir., XXIII, p. 247 et suiv.*).

L'amputation du pied suivant la méthode de Syme est une bonne opération, car le lambeau, formé par la peau du talon, est admirablement disposé pour recevoir le poids du corps, et il n'y a plus à craindre comme autrefois la stagnation du pus dans la coque talonnière. Il est avantageux de faire la désarticulation avant de procéder à la dissection de la face profonde du lambeau plantaire, dans lequel on laissera toutes les parties molles logées dans la gouttière calcanéenne. Kirmisson préfère cependant à cette opération l'amputation ostéoplastique de Pirogoff, quand elle est possible.

Ricard expose un procédé nouveau, applicable aux cas où le tarse postérieur est sain, mais où l'insuffisance des parties molles ne permet pas de tailler un lambeau dorsal ou plantaire, nécessaire pour la désarticulation médio-tarsienne. Ce procédé consiste à extirper l'astragale et à enclaver le calcanéum en sa place. Cette opération est infiniment supérieure à la désarticulation sous-astragalienne, tant au point de vue de la facilité d'exécution que du résultat orthopédique. R. l'a pratiquée 2 fois avec d'excellents résultats. VANVERTS.

COURTILLIER. Contribution à l'étiologie et à la pathogénie du pied-bot congénital (*Arch. gén. de méd., mai-juin 1897*).

L'auteur admet : 1° que les cas de pied bot congénital qui relèvent d'une compression intra-utérine sont rares et portent tous une signature anatomique ; 2° que tous les autres cas résultent d'une paralysie d'étendue et d'intensité variables, temporaire ou permanente ; relèvent de l'arrêt de développement des muscles et sont sous la dépendance de lésions nerveuses centrales, temporaires ou permanentes, qui peuvent être difficilement reconnues par nos moyens actuels d'investigations. Les lésions médullaires consistent en une altération de la substance grise où l'on observe une inégalité de développement des cornes antérieures, l'atrophie des cellules soit de ces cornes, soit de la colonne de Clarke, soit peut-être des cellules des cordons. Cette poliomyélite est diffuse et non en foyers

comme dans la paralysie infantile. Elle peut être due à l'état des parents au moment de la conception (maladies infectieuses, intoxications). H. L.

Georges GAYET. La gibbosité dans le mal de Pott : anatomie pathologique, traitement (*Thèse de Lyon, 1897*).

La gibbosité amène souvent des troubles médullaires non par compression, mais par coudure de la moelle qui se ramollit au contact de l'arête vive sur laquelle elle repose. Etant donné une perte de substance de la partie antérieure de la colonne, l'incurvation du rachis en avant a pour causes : la pesanteur, la supériorité des muscles fléchisseurs du tronc sur leurs antagonistes, les contractures musculaires toniques et réflexes. Ces causes peuvent ne pas être suffisantes même avec pertes de substances étendues de la colonne. Les courbures de compensation sont plus fréquentes chez les enfants que chez les adultes.

La lésion vertébrale se guérit et la bosse s'ankylose : 1° par cal intermédiaire des corps en contact ; 2° par des jetées périostiques latérales assez faibles et assez rares ; 3° par soudure des arcs postérieurs. Lorsque les corps limitant la lésion restent écartés, les arcs postérieurs restent ordinairement seuls à soutenir la colonne par leur ankylose. Celle-ci se fait par ossification des ligaments. Il ne se fait jamais un dépôt de substance osseuse suffisant pour combler un espace même faible entre deux corps vertébraux.

Parmi les traitements récemment proposés :

a) La méthode de Chipault (redressement en un temps sous chloroforme et ligatures apophysaires) est logique au point de vue anatomique comme facilitant l'ankylose des arcs postérieurs ; dans les cas de gibbosité récente, mobile, petite avec bon état général, elle pourrait être indiquée ; mais elle a l'inconvénient de laisser à demeure un corps étranger ; de plus, l'immobilisation simple avec extension suffit, le plus souvent, dans ces cas, à guérir la difformité.

b) La méthode de Calot (redressement en un temps sous chloroforme, avec ou sans résections apophysaires, immobilisation dans un grand appareil plâtré) a pour caractéristique d'être applicable, suivant son auteur, à toutes les gibbosités pottiques ; d'après G., le redressement est possible dans tous les cas non ankylosés. Il est impossible sans intervention sanglante ou violences dangereuses dans les cas d'ankylose. Le redressement s'effectue surtout par accentuation des courbures de compensation. Dans un grand nombre des premiers cas, le redressement ne se maintient pas. Il est dangereux théoriquement en raison des complications possibles du côté : des abcès, des gros vaisseaux, de la moelle, de la généralisation tuberculeuse. La bronchopneumonie a été plusieurs fois signalée. Le grand appareil plâtré a des inconvénients locaux (escarres, abcès sous-cutanés) et généraux (affaiblissement, ralentissement de la nutrition, des fonctions de la peau et des muscles).

Le traitement rationnel consiste dans l'immobilisation avec décubitus dorsal ou parfois abdominal dans le lit-gouttière Bonnet-Ollier. On peut y joindre l'extension sur un plan incliné par le poids du corps, les pressions exercées sur la gibbosité par des rondelles de molleton. Les bosses

ankylosées guéries, sans complications médullaires, doivent être respectées. H. FRENKEL.

A. CHIPAULT. Le traitement du mal perforant par l'élongation des nerfs plantaires (*Presse méd., p. 663, 1896*).

C. a tenté, dans 5 cas, avec succès, l'élongation des nerfs contre des ulcères perforants anciens du pied :

1° Homme de 45 ans; gelure des pieds pendant la guerre. Maux perforants datant de sept ans. 3 amputations successives du 1er et 2e orteils, du gros orteil, de la jambe droite. Sur la jambe gauche, ulcères trophiques en 1894; élongation des nerfs plantaires au-dessus de la malléole. Guérison définitive.

2° Homme de 42 ans. Mal perforant sous-métatarso-phalangien du gros orteil droit, suite de plaie par écharde. Amputation du gros orteil et de la tête du métatarsien, récidive sur la cicatrice. Élongation du plantaire interne. Guérison radicale.

Ces 2 cas sont des ulcères par névrite périphérique; les 3 autres sont d'origine médullaire.

4° Homme de 37 ans. Maux perforants tabétiques. Amputation de jambe à droite. A gauche, élongation des nerfs plantaires. Guérison.

5° Homme de 37 ans. Tabes. Maux perforants sous les orteils. Élongation des deux côtés du collatéral interne du gros orteil. Guérison.

6° Mal perforant tabétique sous-phalango-phalanginien du gros orteil. Élongation des nerfs plantaires sous la malléole. Guérison.

C. donne des indications précises pour la découverte des différentes branches nerveuses et l'application de cette opération. Dans un nouveau travail (11e *Cong. chir. franç. Paris*, p. 707, 1897), C. publie 8 nouveaux cas suivis de succès. A. CARTAZ.

WIESINGER. Ueber symptomatische Achillodynie (*Deutsche Zeitsch. f. Chir., XVIII, 6, p. 603-607, 1896*).

D'après l'auteur, l'achillodynie serait une inflammation de la bourse séreuse située entre la face antérieure du tendon d'Achille, au niveau de son insertion sur le calcanéum et la face postérieure de cet os.

L'auteur a observé 4 cas d'achillodynie; on trouva, au cours de l'opération, des lésions tuberculeuses de la face postérieure du calcanéum et de la bourse séreuse.

Le traitement consiste à extirper la bourse séreuse tuberculeuse et à gratter les parties malades de l'os. Il y a eu 4 guérisons; l'un des malades a succombé plus tard à une affection tuberculeuse de l'appareil génito-urinaire. MARCEL BAUDOUIN.

GOLDTHWAIT. A case of Achillodynia (*Boston med. surg. Journ., 27 mai 1897*).

Ce cas jette un certain jour sur l'étiologie de l'achillodynie et sur la pathogénie de son élément douleur. Il concerne un homme de 20 ans, ayant les pieds-plats, accusant des douleurs de talons exaspérées par la fatigue. On fit le nécessaire pour les pieds-plats mais les souffrances n'en persistèrent pas moins.

La skiagraphie révélait alors la présence d'exostoses des calcanéums, qui

furent enlevées. Au cours de l'opération, on ouvrit les bourses séreuses très hypertrophiées et l'on put voir que leurs membranes internes étaient pourvues de longues franges synoviales, lesquelles pincées pendant la marche entre le tendon d'Achille et le calcanéum provoquaient les douleurs paroxystiques accusées par le malade. CART.

Ch. FÉRÉ. Contribution à l'étude de la métatarsalgie (Pied de Morton) (*Revue de chir., p. 222, mars 1897*).

La métatarsalgie est un symptôme douloureux qui se manifeste plus volontiers chez des sujets appartenant à la famille neuro-arthritique et chez les neurasthéniques. Elle apparaît ordinairement à propos d'un traumatisme souvent léger. Elle ne présente pas de caractères particuliers en rapport avec le terrain ; on ne peut pas lui reconnaître de formes distinctes : arthritique, neurasthénique, hystérique.

Elle occupe à peu près constamment la même région qui, une fois sensibilisée par la cause déterminante initiale, peut devenir le siège de recrudescence sous des influences diverses. En raison de l'absence de lésions matérielles connues, les interventions radicales ne sont justifiées que quand on a épuisé les moyens palliatifs qui d'ailleurs réussissent en général. F. VERCHÈRE.

I. — BOPPE. Plaie pénétrante de la cuisse gauche, par coup de feu à blanc (*Arch. de méd. milit., p. 54, janv. 1897*).

II. — BAZIN et LIGOUZAT. Blessure de la face par coup de feu à blanc : fracture des maxillaires, etc. (*Ibid., p. 47, janv. 1897*).

III. — CHUPIN. Plaie pénétrante de l'abdomen par coup de feu à blanc : laparotomie, guérison (*Ibid., p. 45*).

I. — Un dragon est blessé à la cuisse par un coup de feu à blanc, tiré à une distance de $0^m,40$. Hémorragie abondante. Le doigt, introduit dans l'orifice d'entrée, au sommet du triangle de Scarpa, se meut dans un véritable hachis de muscles ; incision de 8 centimètres avec contre-ouverture à la partie postérieure de la cuisse ; une grosse veine broyée à son embouchure dans la saphène interne est saisie avec une pince à demeure.

Le lendemain, en raison de fièvre (39°,5), on agrandit encore l'incision : les muscles dilacérés sont réséqués et on découvre, en avant et en dedans du fémur dénudé de son périoste dans une étendue de trois travers de doigt, une cavité de la dimension d'une orange, creusée aux dépens du quadriceps crural et allant en dehors et en haut jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure ; des débris de carton sont retirés, difficilement, à l'aide d'irrigations prolongées. Guérison assez rapide (1 mois), sans nécrose du fémur.

II. — Un chasseur se tire involontairement sous la mâchoire inférieure un coup de fusil modèle 1886, chargé d'une cartouche à balle de carton.

Sous le maxillaire inférieur, à droite de la ligne médiane, orifice d'entrée de la dimension d'une pièce de 2 francs. De la commissure labiale droite partait une fente énorme comprenant toute l'épaisseur des parties molles de la lèvre supérieure et de la joue ; fracture à fragments multiples du maxillaire droit et, au maxillaire inférieur, bouillie mêlée de fragments osseux et de dents ; voûte palatine fracturée en plusieurs esquilles ; des fêlures et des fissures se propagent jusqu'à l'apophyse montante et jusqu'au plancher de

l'orbite; les os propres du nez sont fracturés. A droite, la vision est totalement abolie. Le blessé guérit assez rapidement. Des opérations plastiques avec appareils de prothèse ont remédié en partie aux délabrements produits.

III. — Un brigadier de spahis se tire un coup de carabine Lebel, chargée à blanc, dans l'hypochondre gauche ; hémorragie abondante immédiate. Au milieu d'une ligne reliant l'épine iliaque antéro-supérieure à la 12e côte, orifice d'entrée de la dimension d'une pièce de 50 centimes.

L'os iliaque est brisé sur une longueur de 4 à 5 centimètres au niveau de l'épine iliaque ; le doigt pénètre dans un trajet large, s'étalant entre les couches musculaires dilacérées, s'enfonçant profondément dans l'abdomen. Aucun signe de lésion de l'intestin. Néanmoins Chupin pratique une laparotomie latérale immédiate. Les plans musculaires sont en bouillie, la plaie est pleine de détritus de poussière de carton et de petits lambeaux d'étoffe ; le péritoine est déchiré, mais l'intestin paraît sain ; drainage à la gaze iodoformée. La guérison, retardée par la lésion osseuse, se poursuit sans incident ; elle était complète au bout de 2 mois 1/2. P. MAUBRAC.

MÉNARD. Arthrotomie de la hanche et curetage intégral dans la coxalgie compliquée d'un abcès rebelle à la méthode des injections (*Bull. Soc. chir., XXIII, p. 274 et suiv.*).

Huit fois sur dix la coxalgie, compliquée d'abcès fermé et traitée par les injections modificatrices, aboutit à la guérison sans fistule. Dans les cas où la guérison ne se produit pas avec ces moyens simples, il faut arthrotomiser et curetter la hanche.

M. montre que dans certains cas complexes les injections modificatrices ne peuvent atteindre tous les points malades. La présence de séquestre tuberculeux est une cause d'échec. Les résultats de l'intervention radicale ont été excellents dans tous les cas (8) ; dans certains cas, la hanche s'est ankylosée, dans d'autres elle est restée plus ou moins mobile.

Dans la discussion de ce travail, Kirmisson aborde le traitement de la coxalgie en général chez l'enfant. Au début de l'affection il préfère à l'extension continue, l'immobilisation simple dans une légère adduction. Il rejette le redressement forcé comme dangereux et lui préfère l'extension continue et parfois la ténotomie. Dans la coxalgie avec abcès il préconise les injections d'éther iodoformé. Dans la coxalgie avec fistule il préfère les opérations parcimonieuses (drainage, canalisation de l'os, ignipuncture profonde) à la résection qui doit rester une opération d'exception.

Broca, tout en acceptant les idées de Kirmisson en général, préfère l'extension continue à l'immobilisation dans un appareil plâtré pendant la première période de la coxalgie ; puis il fait marcher l'enfant immobilisé dans un appareil plâtré. Comme Lannelongue et Reclus, il ne croit pas que ce redressement forcé puisse déterminer l'éclosion de la méningite.

Gérard-Marchant a vu un fait de méningite survenue à la suite d'un redressement forcé.

Berger fait remarquer que les injections d'éther iodoformé pratiquées dans les cas d'abcès de coxalgie ne réussissent pas quand la coxalgie est en voie d'évolution, mais donnent d'excellents résultats dans les abcès tardifs.

Jalaguier est l'ennemi de la résection, qu'il considère comme un pis-

aller, et qui sera presque toujours atypique. Il pratique l'extension continue ou l'immobilisation simple. Le redressement sous chloroforme, qu'il a appliqué que dans les cas où il n'y a pas d'abcès, lui a donné de bons résultats. Sur 41 cas ainsi traités, il n'a pas observé d'accidents.

Dans les cas anciens, guéris en position vicieuse, l'ostéotomie sous-trochantérienne est parfois préférable à la réduction. J. VANVERTS.

P. BERGER. Des myxomes du bassin (*Bull. Soc. chir., XXIII, p. 330*).

B. rapporte l'observation d'un malade de 49 ans qui était porteur d'une très volumineuse tumeur située dans la moitié gauche de l'abdomen, développée aux dépens de l'os iliaque. La tumeur présentant un pédicule relativement peu considérable, on put l'enlever non sans quelques difficultés. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un chondro-myxome.

A ce propos, B. a réuni un certain nombre de cas de myxomes des os du bassin dont il donne les indications et insiste sur quelques points de leur histoire, leur situation, intra ou extra-pelvienne ; les phénomènes de compression qu'ils déterminent ; leur ablation, facilitée par leur parfait encapsulement. J. VANVERTS.

A. PERCHERON. De l'intervention chirurgicale dans la tuberculose rénale (*Thèse de Paris, 1897*).

Suivant l'état général du malade on pratiquera soit la néphrotomie, soit la néphrectomie primitive ou secondaire.

La néphrotomie est indiquée chez les malades affaiblis ou porteurs d'abcès périnéphrétiques.

La néphrectomie primitive est la méthode de choix dans la forme hématurique. La néphrectomie secondaire doit être précoce. R. JAMIN.

Georges GAYET. Le traitement de l'hydronéphrose par le retournement de la poche à l'extérieur (*Lyon méd., 18 avril et Gaz. méd. Paris, 24 avril 1897*).

Ce procédé, appliqué pour la première fois par Jaboulay, aurait sur les autres méthodes de traitement de l'hydronéphrose un certain nombre d'avantages : la simplicité, en supprimant les dissections laborieuses ; la pédiculisation et la ligature souvent extrêmement difficiles ; le minimum de chance d'infection, le retournement ne laissant pas une cavité anfractueuse malaisée à désinfecter ; la conservation de la fonction glandulaire interne des reins ; la facilité des manœuvres de cathétérisme qui se feront à ciel ouvert en amenant l'origine de l'uretère à l'extérieur. Un des inconvénients du procédé de Jaboulay est la longueur de la cicatrisation : cinq mois chez son malade. CART.

W. KEEN. The treatment of traumatic lesions of the kidney with tables of 155 cases (*Trans. of Amer. surg. Ass., XIV, p. 293*).

K. a réuni 155 cas de lésions du rein, dont 19 plaies par armes à feu, 8 plaies pénétrantes et 118 ruptures. Il étudie successivement les diver-

ses variétés de plaies par armes à feu, celles du rein proprement dit, celles avec lésions du bassin, des vaisseaux, de l'uretère. Sur les 19 cas de plaies par armes à feu, il trouve 10 guérisons, 9 mort.

Sur les 118 cas de rupture du rein 1 résultat inconnu, 67 guérisons et 50 morts, dont 14 par hémorragie primitive ou secondaire.

K. s'étend sur les complications qui peuvent survenir au cours de ces lésions et les indications opératoires que comportent ces divers accidents.

A. C.

O. LAMBERT. De l'incision libératrice de la capsule propre du rein (*Revue de chir.*, *p. 243, mars 1897*).

Les différents modes de palpation et d'exploration, la recherche minutieuse de commémoratifs suffisent la plupart du temps pour permettre de poser un diagnostic exact des affections du rein. Cependant il est des cas où l'intervention se présente indiquée mais reste comme indécise et peu nette pour l'opérateur qui ne peut dire d'avance exactement ce qu'il fera ; néphrotomie ou néphrectomie ; pour éclairer sa décision on a fait l'incision libératrice de la capsule propre du rein. Cette manœuvre superficielle et bénigne en dehors des cas où elle a été pratiquée d'une façon toute fortuite et non préméditée, en dehors de ceux où elle a été faite en désespoir de cause (cancer), a pu paraître indiquée et logique soit avant soit après l'opération et donner d'heureux résultats.

C'est à la diminution de la tension rénale que semblent dus ces succès, qu'ils soient obtenus dans les cas de cancer, de calculs, etc. Il y a là une mise à l'aise, qui manifeste son action par la disparition des douleurs. Il faut aussi faire entrer en ligne de compte la section d'un certain nombre de branches terminales du plexus nerveux rénal. La section est faite au thermocautère et peut-être agit-elle comme révulsif.

F. VERCHÈRE.

J. ISRAEL. Die Operation der Steinverstopfung des Ureters (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 38, 21 sept. 1897*).

1er *cas.* — Calcul de la portion pelvienne de l'uretère. Femme de 44 ans, ayant eu, il y a 8 ans, un accès de colique droite avec hématurie et douleur dans la partie droite de la vessie.

Les hématuries ont cessé au bout de 4 ans, tandis que les douleurs vésicales persistent encore. Urine trouble, alcaline, renfermant 1/2 0/00 d'albumine, d'abondants globules blancs, de rares globules rouges et pas de cylindres.

Le rein droit n'était ni volumineux ni sensible. Par le toucher vaginal, on reconnaît que l'uretère droit, de calibre normal au niveau de son embouchure, grossit progressivement jusqu'à ce que, à 3 centimètres de la vessie, on rencontre une tuméfaction dure, plus volumineuse qu'un noyau de prune, qui se dérobe subitement sous le doigt en remontant. La cystoscopie montre un prolapsus de l'uretère droit dont l'orifice vésical forme un bourrelet conique très saillant.

Incision du cul-de-sac vaginal antérieur droit et de l'uretère ; extraction d'un calcul long de 3 centimètres 1/2 suivi d'urine sirupeuse. Avant d'appli-

quer la suture sur l'uretère, un cathéter élastique,arrondi à ses deux bouts est poussé à travers la plaie de l'uretère dans la vessie ; l'une de ses extrémités est amenée au dehors, par l'urètre préalablement dilaté, tandis que l'autre est enfoncée de 10 centimètres dans l'uretère. L'incision vaginale est laissée béante. Le 8e jour, on retire le cathéter; la réunion par première intention est achevée.

2e *cas.*— Anurie de six jours par calcul de l'uretère droit; homme de 52 ans ayant eu il y a six jours une colique néphrétique droite; depuis lors pas d'urine, un vomissement, éructations fréquentes, obnubilation intellectuelle, sueurs froides, langue sèche, chémosis, œdème des malléoles, orthopnée, 78 pulsations. Pendant l'examen, convulsions cloniques du membre supérieur gauche. Tumeur dans l'hypochondre droit; vacuité complète de la vessie. Opération immédiate. Incision oblique, parallèle à la 12e côte, étendue de l'angle costo-vertébral jusqu'à trois travers de doigt du nombril. Le rein, cyanosé, a le double de son volume normal, son enveloppe graisseuse œdématiée et gélatineuse. L'uretère distendu paraît s'enfoncer dans le rein dont le bassinet n'est plus reconnaissable. A 5 centimètres au-dessous de l'origine de l'uretère, on sent à son intérieur un calcul gros comme un noyau de cerise et tout à fait enclavé qu'on extrait à l'aide d'une petite incision longitudinale. Le cathétérisme de l'uretère montre qu'il est libre plus bas, tandis que supérieurement il renferme plusieurs autres calculs qu'on extrait par une incision sur le bord convexe du rein. Un drain est introduit dans le bassinet à travers la plaie rénale qu'on suture au catgut; celle de l'uretère est laissée ouverte. Tamponnement de la plaie abdominale. Le 6e jour après l'opération, première émission d'urine par les voies naturelles; dès la veille, on avait enlevé le drain. A partir du 23e jour il ne sort plus d'urine par la plaie. La somnolence, la torpeur intellectuelle, les hoquets, la sécheresse de la langue, persistent une quinzaine.

Le 33e jour, dans un effort de garde-robe, le malade a la sensation d'une rupture dans le côté droit du ventre et est pris de fièvre; en même temps l'urine s'est fait jour par la plaie de l'uretère et se répand dans le petit bassin. Pendant les quelques jours que dure cet accident, la vessie est complètement vide, ce qui prouve que le rein gauche manquait. Guérison.

3e *cas.* — Calcul enclavé dans la portion pelvienne de l'uretère. Opération en plein coma urémique. Femme de 45 ans, obèse, sujette depuis 9 ans à de fréquentes coliques néphrétiques gauches. Mise à découvert du rein droit qui est cyanosé et a le double de son volume normal; le bassinet a les dimensions d'une prune et est distendu de même que l'extrémité supérieure de l'uretère. L'uretère ne renfermait de calcul que dans la profondeur du bassin. A ce moment se produisit une déchirure transversale de la plus grande partie du bassinet. Entre l'index et le médius. Is. fit remonter le calcul jusque dans le bassinet pour l'extraire. Puis, à l'aide d'un stylet boutonné poussé jusque dans la vessie, il s'assura de la perméabilité de l'uretère. Suture du bassinet au catgut. Tamponnement lâche de tout l'espace rétropéritonéal; pas de réunion des parois abominales.

Ce ne fut que le 21e jour après l'opération que toute l'urine passa dans la vessie. Guérison.

4e *cas.* — Médecin de 60 ans atteint de coliques néphrétiques gauches qui furent prises d'abord pour une occlusion intestinale aiguë, opération le dixième jour. Rein gauche cyanosé et volumineux avec bassinet distendu, uretère de la grosseur du doigt ne paraissant pas contenir de calcul au toucher. Incision de la paroi postérieure du bassinet donnant issue à un violent jet d'urine purulente, fétide. Le cathétérisme ne révèle pas non plus de calcul. Drain dans le bassinet et tamponnement à la gaze iodoformée de tout l'espace rétropéritonéal sis en arrière du rein et de l'uretère. Mort le 9e jour par septicémie occasion-

née par un phlegmon rétropéritonéal. Le calcul d'oxalate se trouvait à mi-hauteur de l'uretère.

Israël conclut de ces diverses observations que, dans l'anurie calculeuse, l'opération ne doit pas être différée plus de deux fois 24 heures, malgré le peu de gravité apparente des symptômes. J. B.

PAWLIK. Kasuistischer Beitrag zur Diagnose und Therapie des Geschwülste der Nierengegend (Tumeurs de la région des reins) (*Arch. f. klin Chir.*, *LIII*, *3*).

Les 6 cas, extrêmement intéressants, minutieusement exposés dans le travail sus-indiqué, ont rapport aux reins eux-mêmes (2 cas), aux capsules surrénales (2 cas), à la région rétrorénale, ainsi qu'au mésocôlon descendant. Ils montrent combien est difficile le diagnostic, même avec tous les moyens techniques, et avec une observation très minutieuse. Dans 4 cas seulement, on a réussi à reconnaître le siège et la nature du mal.

Au point de vue du traitement, il faut relever le 2e cas (néphrectomie) ainsi que le 4e cas, dans lequel on a pour la première fois extirpé avec succès la capsule surrénale. Le cathétérisme de l'uretère a été fait dans les 6 cas, sans l'usage de narcotiques, ni des endoscopes. MARCEL BAUDOUIN.

Richard WOLFF. Ueber die Erfolge der Nephrorrhaphie..... (Sur les succès obtenus par la néphrorraphie dans les cas d'opération par la méthode de Rose) (*Deut. Zeitschr.f. Chir.*, *XLVI*, *p. 533*).

Le travail présenté par l'auteur est basé sur 20 cas de reins mobiles opérés en 1896 à Béthanie par le procédé de Rose. L'étude de ces cas amène l'auteur aux conclusions suivantes : 1° la néphrorraphie, par la méthode de Rose, est une opération ne présentant aucun danger et qui permet la fixation durable des reins à la paroi abdominale postérieure; 2° par l'application de cette méthode, on obtient une guérison des autres maladies en rapport avec les reins mobiles; 3° on arrive ainsi à guérir tous les cas de reins mobiles compliqués d'autres maladies. L'opération crée des conditions favorables à la guérison des complications, en tant qu'elles dépendent de la mobilité des reins. Les malades dont il s'agit ont été suivies pendant plusieurs années et, par conséquent, l'histoire de leurs maladies est bien étudiée, et permet de poser des conclusions indiscutables. MARCEL BAUDOUIN.

F. Wimson RAMSAY. Fixation du foie et des deux reins dans un cas de maladie de Glénard (*Brit. med. Journ.*, *I*, *p. 1152*, *1897*).

La malade, qui fait l'objet de ce travail, fut opérée une première fois pour rein mobile. On fit la néphrorraphie par la méthode de Vulliet. Sept mois après, on pratiqua la même opération sur l'autre rein qui était devenu mobile et douloureux. Deux mois après, on fixa le foie aux côtes et à la paroi abdominale. Le résultat fut excellent. J. VANVERTS.

J.-A. CUNNINGHAM. Des calculs vésicaux et leur ablation (*Brit. med. Journ., II, p. 329, 1897*).

C., qui a surtout opéré dans l'Inde, rapporte la statistique des opérations pour calculs vésicaux faites dans ce pays : 10,073 litholapaxies avec une mortalité de 3,96 0/0; 7,201 tailles latérales avec une mortalité de 11,02 0/0; 147 tailles sus-pubiennes avec une mortalité de 42,17 0/0.

J. VANVERTS.

Edm. ROSE. Die unheilbaren Harnblasenfisteln am Bauch der Greise (Les fistules vésicales incurables de l'abdomen des vieillards) (*Deut. Zeitschr. f. Chir., XLVI, p. 93-108*).

Les malades atteints de fistules vésicales incurables sont de vieux calculeux, chez lesquels on avait pratiqué la taille et dont la plaie n'arrive jamais à complète guérison; ou bien, ce sont des prostatiques qui ont subi la paracentèse vésicale pour rétention d'urine. La véritable cause de ces fistules est l'infiltration d'urine, due elle-même à la rétention par tuméfaction prostatique. A ce propos, l'auteur cite le cas d'un malade atteint de fistule vésico-abdominale et chez lequel la guérison n'avait pu être obtenue que par la castration double, castration qui avait déterminé une atrophie de la prostate et, par suite, la perméabilité de l'urètre. Cette influence de la castration sur l'état de la prostate, amène l'auteur à cette conclusion : La castration doit être faite chez tout prostatique qui doit longtemps se cathétériser, ou qui a des calculs, ou enfin qui doit se faire opérer pour une affection quelconque localisée à la vessie. L'auteur fait suivre son article d'une statistique personnelle de 7 cas de prostatectomie.

MARCEL BAUDOUIN.

F. RAMM. Sur 409 castrations et vasectomies (*Norsk. Magazin, juin-juill. 1897*).

L'âge n'est pas un obstacle aux bons effets de la castration. La rétraction de la prostate atteint chez les vieillards, même au-dessus de 75 ans, un degré aussi prononcé que dans l'âge viril. Par contre, la durée de la rétention semble avoir une influence sur les résultats opératoires et il convient de distinguer les cas avec la rétention de plus de 6 mois des autres. Cependant la durée de rétention en elle-même ne limite pas la possibilité de l'opération et une émission spontanée d'urine peut avoir lieu; la durée de la rétention n'allonge pas le temps que prend la guérison et n'augmente pas la mortalité post-opératoire. Même l'existence d'une cystite n'empêche pas d'obtenir des résultats favorables. Les symptômes de dysurie et de strangurie sont moins influencés par l'opération que ceux de l'ischurie. Dans quelques cas, la castration a été suivie de guérison alors que les opérations courantes et la vasectomie étaient restées sans effet. La rétention chronique et la rétention chronique incomplète avec incontinence peuvent être traitées par la castration quand le traitement par la sonde reste sans effet. Dans la rétention aiguë, le traitement par la sonde et le régime sont indiqués. Lorsque la castration et le traitement local ne donnent pas de résultats à cause d'inflammations simultanées,

on peut compléter les effets de la castration par la prostatotomie périnéale.

H. FRENKEL.

A.-B. CABOT. The question of castration for enlarged prostate (*Trans. Amer. surg. Ass.*, *XIV*, *p. 189*).

Etude comparée, avec les tableaux statistiques, du traitement moderne de l'hypertrophie de la prostate (99 cas de castration, 22 cas de ligature du canal déférent). C. conclut qu'au point de vue de la mortalité, la prostatectomie a un léger avantage sur la castration ; elle permet un examen plus complet de la vessie, l'extraction des calculs, s'il s'en trouve ; elle a été suivie de fistule une fois sur 42 cas.

Les résultats fonctionnels de la prostatectomie et de la castration sont à peu près identiques. La réduction de la prostate, après la castration, est due à la diminution de la congestion. Cette opération est surtout efficace dans les prostates larges, volumineuses ; elle a peu d'effets si la prostate est fibroïde. La prostatectomie est indiquée quand il y a obstruction valvulaire ; elle semble en tous cas applicable à plus de variétés que la castration.

A. C.

B. FLODERUS. Klinische Beiträge zur Kenntniss des Zusammenhanges zwischen Prostata und Testis (Recherches cliniques existant entre la prostate et les testicules) (*Deut. Zeitschr. f. Chir.*, *XLV*, *1-2*, *p. 110-135*).

Chez les enfants en bas âge, l'extirpation des deux testicules occasionne toujours une aplasie de la prostate, qui se traduit par une réduction de son volume et une altération de sa structure histologique. Chez les adultes, elle entraîne une atrophie de la prostate, dont le tissu augmente de consistance et perd son élasticité ; cet effet est moins prononcé et quelquefois nul chez les sujets atteints d'une hypertrophie prostatique. Quelquefois, à la suite de la castration complète, la prostatite chronique subit un arrêt dans son évolution et même aboutit à une guérison ; il en est de même pour la tuberculose de la prostate.

En général, l'extirpation d'un seul testicule détermine dans le lobe correspondant de la prostate normale, une atrophie siégeant principalement dans la partie supérieure de l'organe, avec aplatissement de la face rectale et diminution de l'élasticité de la glande.

Lorsque la prostate est déjà hypertrophiée au moment de l'intervention, les effets de la castration unilatérale sont variables et le développement de l'hypertrophie prostatique n'est pas arrêté par cette opération. L'influence exercée sur l'hypertrophie prostatique par l'extirpation d'un seul testicule, donne des résultats analogues à ceux obtenus à la suite de la castration complète, mais seulement sur le lobe homonyme au testicule enlevé.

L'auteur déduit de ces observations que l'effet de la castration sur les dimensions de la prostate s'exerce par la voie nerveuse et non par défaut de secrétion interne. En général, il résulte de l'ablation d'un testicule une atrophie de la vésicule séminale correspondante, parfois une hypertrophie de l'autre testicule, de la vésicule séminale et même du lobe

prostatique du côté opposé. Les observations, trop contradictoires, ne permettent pas à l'auteur de conclure d'une façon précise, sur l'action exercée par une affection testiculaire sur la prostate hypertrophiée.

MARCEL BAUDOUIN.

M. PRÉDAL. La prostatectomie contre les accidents du prostatisme et, en particulier, contre la rétention (*Thèse de Paris, 1897*).

La prostatectomie pratiquée de bonne heure, chez un sujet jeune dont la vessie se contracte encore, supprime la rétention et permet à la vessie de recouvrer sa contractilité. L'opération doit être aussi radicale que possible et pratiquée par la voie sus-pubienne, avec cystostomie temporaire. Elle est contre-indiquée dans les cas d'atonie vésicale irrémédiable ou de mauvais fonctionnement du rein. R. JAMIN.

H. PERRAULT. Quelques recherches sur les tumeurs dites polypes de l'urètre chez la femme (*Thèse de Paris, 1897*).

Les polypes de l'urètre sont constitués par des vaisseaux de nouvelle formation; ils semblent se rapprocher des angiomes et offrent une tendance à l'organisation fibreuse.

La congestion urétrale, certains états dystrophiques et dyscrasiques en sont les causes. L'examen direct seul permet le diagnostic. Leur traitement est exclusivement chirurgical. R. JAMIN.

K.-G. LENNANDER. Ueber die Behandlung der Ruptur der hinteren Harnröhre (Sur le traitement de la rupture de l'urètre postérieur) (*Arch. f. klin. Chir., LIV, 3, p. 479*).

Dans un cas de rupture complète de la portion membraneuse de l'urètre à la suite d'une chute de bicyclette, l'auteur réunit les deux extrémités de l'urètre par plusieurs points de suture ; la plaie guérit par première intention et ne donna lieu à aucun accident.

Les 3 autres cas de rupture de l'urètre par suite d'autres causes n'ont pas été traités par la suture immédiate, mais par un bourgeonnement sur une sonde à demeure, et, dans un cas, la paroi urétrale a été reformée aux dépens du tissu périnéal. On peut aussi reformer cette paroi à l'aide de greffes prises sur la peau et les muqueuses du vagin ou des grandes lèvres. Dans le cas où ce procédé ne réussirait pas, on n'aurait plus à faire que l'épicystotomie ou l'urétrotomie périnéale. M. B.

P. BERGER. Sarcome mélanique primitif des ganglions cervicaux : extirpation. guérison durable (*Bull. Soc. chir., p. 526, 1897*).

L'auteur rapporte l'observation d'un malade de 50 ans qui présentait des tumeurs ganglionnaires cervicales, considérées comme de nature tuberculeuse. L'extirpation de ces masses montra qu'il sagissait d'un sarcome globocellulaire avec infiltration mélanique, probablement primitif. Quinze mois après, la guérison se maintient parfaite.

Les faits de développement primitif de la sarcomatose mélanique dans

les ganglions lymphatiques sont très rares (l'auteur cite les grandes statistiques de Dietrich, de Fischer, de Ebermann, de Boulay), et ceux même qui paraissent le mieux établis ne permettent pas d'affirmer qu'une tache pigmentaire insignifiante, point de départ de la mélanose, n'eût pas passé inaperçue. A cet égard, l'observation de Berger, qui a été prise avec beaucoup de soin, offre des garanties très sérieuses et doit être enregistrée comme sarcome primitif des ganglions cervicaux.

Le pronostic des mélano-sarcomes est grave entre toutes les tumeurs malignes, la récidive est presque fatale après leur ablation. Cependant, dans un dixième des cas, la guérison semble durable.

Ch. MONOD et J. VANVERTS. De la résection du rebord costal pour la cure chirurgicale des collections sus-hépatiques (*Bull. Soc. chir., XXIII, p. 239, et Revue de gyn., I, p. 499*).

Le but de ce travail est de montrer qu'on peut atteindre facilement tous les points de la face convexe du foie par la voie extra-pleurale en réséquant le bord inférieur du thorax dans les limites qu'ont fixées les auteurs.

Le trajet de la plèvre au niveau du bord inférieur du thorax étant variable, il faut se guider pour déterminer les points où l'on doit porter la résection sans intéresser cette séreuse, sur le trajet le plus inférieur que puisse suivre le cul-de-sac pleural inférieur. On pourra toujours réséquer la totalité des 10e et 9e cartilages costaux ; le 8e cartilage jusqu'à 1 centimètre de l'extrémité antérieure de la côte correspondante, le sommet de l'angle formé par le 7e cartilage. Si l'on veut réséquer une plus grande étendue du rebord costal, on aura recours à la voie sous-périostée.

M. et V. ont réglé les divers temps de cette opération, qui peut s'appliquer à l'ouverture des abcès ou des kystes développés dans l'espace phrénico-hépatique ou qui, primitivement intra-hépatiques, font saillie de ce côté. Ce procédé semble préférable à la laparotomie simple et à la méthode transpleurale.

A ce travail est jointe une observation d'ouverture de kyste hydatique supéro-postérieur du foie par la méthode précitée. J. V.

Th. LABICHE. L'épithélioma de la main (*Thèse de Paris, 1897*).

Dans ce travail, qui renferme 29 observations, l'auteur montre que l'épithélioma de la main est une affection de l'âge mûr. La tumeur siège toujours sur la face dorsale. Les verrues, les cornes, les agents irritants jouent sans doute un rôle important sur sa production. Sa marche est essentiellement lente et bénigne. L'envahissement ganglionnaire est tout à fait exceptionnel, mais la récidive est fréquente. Au point de vue histologique, on a observé toutes les formes. Le seul traitement est l'ablation. Si la tumeur est étendue on devra recourir à des greffes pour combler la perte de substance. VICTOR VEAU.

I. — T. DIMITRESCO. De l'épididymectomie partielle ou totale dans la tuberculose primitive du testicule (*Thèse de Paris, 1897*).

II. — A. DEGRENNE. Traitement de la tuberculose du testicule (*Thèse de Paris, 1897*).

I.—L'auteur, se basant sur 26 observations, montre qu'il existe de nombreux cas où la lésion est limitée et où la simple ablation de l'épididyme arrête le mal. Les résultats éloignés sont très satisfaisants : il ne survient pas d'atrophie du testicule quand on a eu soin de respecter le pédicule vasculo-nerveux; la puissance génitale est toujours conservée même après épididymectomie bilatérale. La récidive serait rare chez les malades revus; l'opération aurait eu une très heureuse influence sur la marche des lésions pulmonaires.

II.—L'auteur rapporte 24 observations. Il conclut que, à la période de début, il serait préférable, chez les individus âgés, de faire d'emblée la castration. Quand les lésions sont étendues, on trouvera encore un grand bénéfice à faire le curetage des parties malades, ou mieux la destruction ignée (Reynier). VICTOR VEAU.

KOCHER. Demonstration eines Hirntumors..... wegen Epilepsie entfernt...... (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, n° 13, p. 367, 1er juill. 1897*).

Il y a 8 ans, cette femme eut une affection aiguë avec symptômes de compression cérébrale et amblyopie. Dès la même année, survinrent à de grands intervalles, des attaques épileptiques qui dans les derniers temps sont devenues tellement fréquentes, que la malade en a eu jusqu'à 30 par mois.

Etat actuel : atrophie des deux papilles dont les limites sont indistinctes, pas de modification des vaisseaux; réactions pupillaires normales, nystagmus et exagérations des réflexes tendineux et incoordination motrice du côté droit. Kocher diagnostique une tumeur du lobe occipital gauche et fait la trépanation ostéoplastique. La surface cérébrale était normale mais se laissait déprimer. L'incision mit au jour une cavité contenant du liquide céphalorachidien et dans la profondeur de laquelle on sentait une masse dure et bosselée.

K. énucléa avec le doigt cette tumeur qui avait 2 centimètres d'épaisseur et un peu plus de 1 centimètre de diamètre ; ses bosselures offraient la dureté de l'os, tandis que dans sa totalité elle était un peu flexible ; le microscope y a révélé la présence de tissu osseux. J. B.

G. ROSSOLIMO. Ueber Resultate der Trepanation bei Hirntumoren (Tumeurs cérébrales) (*Arch. f. Psychiat., XXIX, 2, p. 528*).

Après avoir cité les principales statistiques publiées dans ces derniers temps et qui nous renseignent, d'une part sur la proportion des tumeurs cérébrales susceptibles d'être opérées avec des chances de succès, d'autre part sur la proportion des cas opérés avec succès, l'auteur relate l'observation d'un officier âgé de 38 ans, non syphilitique, mais adonné à l'onanisme, de l'âge de 17 ans à l'âge de 30 ans, qui de plus avait fait deux chutes sur la région occipitale, en 1875 et en 1890. En 1892, cet homme a deux attaques de perte de connaissance, à six mois d'intervalle. Dans la suite sont

survenus : une parésie motrice progressive de tout le côté gauche, des vomissements, des convulsions épileptiformes qui partaient de la main gauche, de l'aphasie amnésique et de la paraphasie, plus tard encore des obsessions et une légère parésie centrale du facial gauche. Le bras gauche était cyanotique ; abaissement local de la température, de 2° à 3°. Tristesse, caractère sombre. Sensation de tension dans la tête, principalement dans le côté droit du front.

On diagnostiqua une tumeur à contenu liquide, vraisemblablement un abcès, situé dans le voisinage du centre du bras gauche. Trépanation. On mit au jour un kyste, qui se prolongeait dans l'écorce cérébrale à une profondeur de 3 à 5 centimètres et sur une largeur de 1 à 1 centimètre 1/2. On retira environ une cuillerée et demie de liquide. Immédiatement après l'opération la force et la température étaient devenues égales aux deux membres. L'état du sujet resta satisfaisant pendant deux mois et demi ; au bout de ce temps on ferma définitivement la plaie. Les attaques épileptiformes ne s'étaient pas reproduites. L'état de la fonction du langage, de la mémoire, des facultés intellectuelles s'était amélioré.

A cette époque-là, on avait tiré de l'analyse de ce cas, des conclusions dont voici les principales : le centre psychomoteur de la main se trouve au point de confluence de l'extrémité supérieure de la seconde voie d'une partie de la première circonvolution frontale et de la circonvolution centrale antérieure ; chez les droitiers le centre du langage n'est pas toujours situé dans l'hémisphère gauche. Une lésion de la substance blanche du lobe frontal peut être la cause déterminante d'actes impulsifs. Les voies vaso-motrices contenues dans la substance blanche des hémisphères sont situées au voisinage de la voie motrice, vraisemblablement un peu plus avant et, selon toute apparence, elles gagnent le noyau coudé.

Au mois d'avril 1894, alors que l'intéressé exerçait un commandement assez important, il lui sembla tout à coup qu'il allait tomber en syncope ; il dut s'appuyer contre un mur pour ne pas tomber. Au bout de quelques instants, il se sentait complètement remis. A quelques jours de là, il fut pris d'une violente céphalalgie et de vomissements bilieux. Il resta dans cet état pendant deux jours ; il avait la parole embarrassée, avec un mélange de dépression et d'excitation intellectuelle. Ces phénomènes allèrent en s'accentuant, en même temps que les membres du côté gauche étaient frappés de parésie motrice. Puis les attaques d'épilepsie firent leur retour. On se décida à enlever la partie procidente du cerveau et à faire le grattage de la paroi du kyste.

Après une courte phase d'amélioration, l'encéphalocèle se produisit jusqu'à atteindre le volume d'un œuf de poule. Un mois plus tard, le malade était dans le même triste état que précédemment. Finalement, le malade succomba dans le coma 14 mois après la première opération.

L'autopsie démontra qu'au lieu d'un kyste primitif, d'étiologie obscure, ainsi qu'on l'avait cru après la première intervention, on avait eu affaire à un gliosarcome de l'hémisphère droit, qui s'était ramolli prématurément, pour prendre une conformation kystique. La tumeur était bien logée dans le lobe central, à proximité du centre moteur du membre supérieur et non loin du centre du membre inférieur et du centre des mouvements de la face.

L'auteur relate ensuite un cas de tumeur cérébrale, survenue à la suite d'un traumatisme cranien, chez un homme de 36 ans. Du vivant du sujet on avait constaté de la diminution de l'acuité visuelle, des maux de tête, de la faiblesse de la jambe droite. Par moments, le malade avait des attaques épileptiformes qui débutaient par cette même jambe, qui présentait un certain degré d'atrophie. Par moments le malade éprouvait des douleurs sourdes dans la moitié gauche du crâne. Stase papillaire. Scotome absolu pour le vert ; rétrécissement concentrique du champ visuel.

Le diagnostic de tumeur agissant sur la partie supérieure de la zone rolandique à gauche s'imposait. On se décida à faire une trépanation, au lieu d'élection. La dure-mère, mise à nu, présentait un aspect normal; on l'incisa. On tomba ainsi sur la pie-mère dont les vaisseaux étaient énormément distendus. A la surface du cerveau se voyaient de gros paquets de veines distendues. La pulpe cérébrale se laissait facilement dilacérer par le doigt. Une ponction exploratrice ne donna que du sang. Evidemment on avait affaire à une tumeur vasculaire ; il ne pouvait être question de l'extirper. On remit en place le lambeau ostéo-cutané.

L'opéré ne reprit plus connaissance; après plusieurs attaques convulsives, accompagnées de délire, le malade expira.

A l'autopsie on trouve un angiome caverneux, variété de tumeur cérébrale extrêmement rare. La tumeur était logée dans la substance blanche du lobule paracentral gauche ; elle n'intéressait qu'en partie la substance blanche avoisinante.

Elle s'avançait jusqu'à la paroi supérieure du ventricule latéral gauche, dans lequel elle faisait saillie. Elle était bien circonscrite, mais non limitée par une capsule.

E. RICKLIN.

J. REBOUL. Angiomes et angio-lipomes sous-cutanés et intra-musculaires simples et caverneux du membre supérieur gauche et du thorax (*Cong. Assoc. franç. St-Étienne, août 1897*).

Une femme de 30 ans a vu apparaître une première tumeur sur la face antérieure de son poignet gauche à l'âge de 12 ans ou 14 ans. Mariée à 20 ans, elle a eu six enfants en dix ans. Une nouvelle tumeur a paru au-devant de l'extrémité inférieure du sternum quand elle avait 24 ans ; 2 ans après, elle reçut un coup d'ombrelle au niveau de la partie interne du troisième espace intercostal gauche ; il se développa bientôt en cette région une tumeur, d'abord indolente, qui ne tarda pas à être le siège d'une gêne continue et de douleurs spontanées. En même temps, d'autres angiomes se développaient à la main gauche (éminence hypothénar, auriculaire, médius, premier espace interosseux), des dilatations variqueuses et cirsoïdes occupaient toute la partie antéro-interne du membre supérieur gauche et allaient dans l'aisselle s'anastomoser avec les ramifications des angiomes thoraciques. De plus, d'autres angiomes indolents ont apparu dans la région dorsale et le flanc droit. Ces angiomes du membre supérieur gauche et du thorax n'ont pas déterminé de troubles trophiques locaux nets, mais eette généralisation anglomateuse a retenti sur l'état général de la malade qui présente des signes d'induration du sommet gauche.

L'auteur excise les tumeurs de la main, du poignet et l'angiome préternal; mais il est obligé de se borner à une excision partielle de la tumeur intercostale ; il s'agissait d'un angiome caverneux du troisième espace intercostal ayant détruit les muscles intercostaux, envahi le muscle grand pectoral et pénétrant dans le médiastin. Les angiomes de la main étaient des angio-lipomes, des angiomes caverneux, adhérant soit à la gaine du nerf médian, soit aux vaisseaux collatéraux des doigts, soit à l'aponévrose et aux muscles de l'éminence hypothénar.

A. C.

G. HÄMIG. Anatomische Untersuchungen über Morbus Basedowi (*Archiv f. klin. Chir., LV, 1, p. 1-68*).

L'auteur a examiné au point de vue anatomique 9 cas de maladie

de Basedow. Dans quelques cas, il n'a pu examiner que le corps thyroïde extirpé ; mais dans 6 cas où l'autopsie a eu lieu, l'examen a été fait également sur l'hypophyse, les os et sur les muscles de l'œil. 1° D'accord en cela avec la plupart des auteurs, Hämig a pu établir une forme de maladie de Basedow qui a pour cause une hyperplasie diffuse *sui generis*, avec modification spéciale des cellules ; hyperplasie qui peut aboutir à la tuberculisation aussi bien que l'hyperplasie strumeuse miasmatique ; 2° Il y a une série de goitres de Basedow dont l'aspect est absolument identique à celui d'un goitre miasmatique simple. Il y a des transitions entre ces deux formes. L'auteur n'a pas trouvé de modifications dans les autres parties du corps examinées comme par exemple, l'hypophyse, les os, les muscles de l'œil. Une fois cependant l'auteur a trouvé une ostéomalacie juvénile à haut degré. MARCEL BAUDOUIN.

E. VOSWINKEL. Ueber die Behandlung verhalteter Empyeme durch Rippenresection (Sur le traitement des empyèmes invétérés (anciens) par une large résection des côtes) (*Deut. Zeitschr. f. Chir., XLV, p. 77*).

L'auteur rapporte 6 cas personnels et 129 cas recueillis dans la littérature médicale, de résections multiples des côtes par suite d'empyème chez des personnes qui ont déjà subi une résection simple d'une côte unique pour évacuation du pus. Les empyèmes s'observent plus souvent chez les hommes que chez les femmes. Ils sont 2 fois plus fréquents à gauche qu'à droite. Ce dernier phénomène est très difficile à expliquer. Peut-être faut-il admettre que les battements du cœur présentent un obstacle à la guérison. La réussite de l'opération est presque complète, étant donné que 76 malades (56,3 0/0) ont été complètement guéris ; 27 (20 0/0) notablement améliorés. 4 malades seulement (3 0/0) n'ont pas été guéris. La tuberculose par elle-même n'est pas une indication à l'opération. L'incision à lambeaux paraît être la meilleure. Il n'y a à craindre, à la suite, ni incurvations du rachis, ni déformation du thorax, ni aucun trouble fonctionnel des extrémités supérieures. MARCEL BAUDOUIN.

SIMON. Die Erfolge der Rippenresection beim Pleuraempyem und ihre Abhängigkeit von den Complicationen (De l'empyème pleural) (*Deut. Zeitschr. f. Chir., XLVI, p. 276-475*).

L'auteur donne les résultats statistiques du traitement de l'empyème pleural dans le service de Rose. Celui-ci a toujours pratiqué la résection costale et non la ponction exploratrice. Sur 146 cas, 79 ont guéri ; 11 malades ont quitté l'hôpital sans être guéris ; sur 56 morts, 20 étaient tuberculeux ; sur 8 empyèmes septiques, il y a eu 8 décès ; sur 8 empyèmes dus à des abcès du poumon, il y a eu 5 décès et 3 sur 4 empyèmes consécutifs à la fièvre typhoïde. Sur 12 cas d'empyème métabronchitique, 9 décès, et 6 sur 7 alcooliques. Sur 39 cas d'empyème simple, aucun décès.

Le pronostic dépend des complications qui peuvent survenir.

MARCEL BAUDOUIN.

I. — GIRARD. Ueber congenitale Nabelhernien (*Corresp.-Blatt f. schw. Aerzte, n° 13, p. 419, 1er juill. 1897*).

II. — E. PATRY. Héptoacèle opérée (*Revue méd. Suisse romande, XVI, n° 7, p. 354*).

I. — 1° Nouveau-né, âgé de 36 heures ; omphalocèle de la grosseur d'un petit poing ; opération radicale. Le contenu de la hernie est formé par une partie du lobe hépatique gauche et par un conglomérat d'anses intestinales grêles. Une vaste portion de la surface visible du foie est solidement adhérente à la membrane interne des enveloppes herniaires et ne peut en être détachée qu'avec peine et au prix d'une hémorragie parenchymateuse assez forte. Réduction difficile du contenu de la hernie ; obturation du large orifice herniaire avec le catgut ; suture cutanée à la soie. L'enfant sort de l'hôpital complètement guéri, mais quelques semaines plus tard il succombe à un phlegmon de scrotum ;

2° Fillette débile âgée de 2 jours 1/2. Hernie ombilicale ayant les dimensions du poing ; coloration suspecte et odeur très fétide des enveloppes. Opération. Le contenu herniaire se compose de la majeure partie de l'intestin grêle et de la totalité du lobe gauche du foie. Après avoir libéré les adhérences du lobe hépatique gauche, Girard tente vainement de réduire tout le contenu de la hernie. Il se décide alors à réduire l'intestin et à réséquer le lobe hépatique. La vésicule biliaire placée à gauche du sillon dut être aussi extirpée après ligature du canal cystique. Mort 36 heures après l'opération.

II. — Fillette âgée de quelques heures. Hépatocèle. Opération. Patry tente de suturer les bords de la membrane réséquée par-dessus le foie réduit, mais lamembrane est si friable et la tension abdominale si forte que les sections ne tiennent pas. Il avive alors les bords de la peau et suture les parois abdominales en bloc. Guérison sans incidents autres qu'un ictère intense pendant 6 jours, sans décoloration des selles. 6 mois plus tard, l'enfant était robuste ; il persistait au niveau de l'ombilic une hernie de la grosseur d'un œuf de pigeon, se montrant pendant les cris seulement et tympanitique à la percussion ; l'anneau laissait passer 2 doigts ; un bandage maintient parfaitement la réduction.

Macdonal (*Americ. J. of obstetrics* 1890) a rassemblé 31 cas de ce genre ; les 19 opérés ont fourni 17 guérisons et 2 morts ; les 12 non opérés, 9 morts et 3 guérisons. Patry est d'avis d'intervenir dès qu'on est certain que l'enfant est viable, sans attendre la péritonite consécutive au sphacèle de la membrane recouvrant la tumeur. Du reste, l'intervention n'est, en général, pas grave, à part l'âge de l'opéré ; il n'y a pas d'hémorragie sérieuse à redouter et quand il existe des adhérences, elles sont faciles à détacher.

J. B.

Jacob v. ROSENTHAL. Exstirpation einer Lebergeschwulst (Ablation d'une tumeur du foie) (*Deutsche med. Woch., 21 janv. 1897*).

Les interventions ayant pour objet de réséquer une portion plus ou moins volumineuse du foie sont encore rares. V. R. en a réuni 21 cas avec 3 morts, soit une mortalité de 13,6 0/0. La plupart des cas concernent des syphililomes.

Il a opéré avec succès un angiome fibromateux : la tumeur, descendant jusqu'au bassin, avait son point de départ dans le lobe de Spiegel ; excision

au-dessous d'une ligature élastique, le pédicule est suturé, traité avec la solution de chlorure de zinc et fixé à la paroi abdominale. La guérison qui s'est faite sans incident s'est maintenue depuis 15 mois, la malade était âgée de 41 ans. H. DE BRINON.

I. — SOCIN. Opération d'un cancer de la vésicule biliaire (*Corresp.-Blatt f. schw. Aerzte, n° 14, p. 451, 15 juill. 1897*).

II. — L. HEIDENHAIN. Exstirpation einer krebsigen Gallenblase (Ablation d'une vésicule biliaire cancéreuse) (*Deutsche med. Woch., p. 52, 21 janv. 1897*).

I. — Femme de 64 ans ayant remarqué depuis 18 mois l'existence, sous le rebord costal droit, d'une tumeur, qui à partir de l'automne a beaucoup grossi en occasionnant de violents paroxysmes douloureux et un amaigrissement considérable. On trouve dans l'hypocondre droit une tumeur grosse comme une tête d'enfant paraissant trilobée, nettement fluctuante par places et facilement mobile dans le sens transversal. S. hésite entre un cancer de la vésicule biliaire et un cancer du côlon transverse.

Opération le 17 mars. La tumeur formée par la vésicule offre des adhérences étendues avec l'estomac, le foie et le côlon transverse ; ce dernier doit être réséqué sur une longueur de 20 centimètres. Le canal cystique contient un calcul dur de l'épaisseur du doigt qu'on extrait par une incision longitudinale, immédiatement refermée. Le canal cholédoque, gros comme le pouce, est sectionné en travers. Pour séparer la tumeur de la face inférieure du foie, un grand nombre de ligatures et une thermo-cautérisation sont nécessaires: Pour terminer en faisant une suture occlusive du canal cystique et en réunissant les deux moignons du gros intestin par une suture circulaire. Sur la face saignante du foie, S. étale une bande de gaze iodoformée dont l'extrémité sort par la plaie qui est suturée par étages. Guérison rapide avec augmentation de 8 kilogr. du poids.

La vésicule biliaire énormément dilatée, se compose de deux cavités complètement distinctes ; ses parois sont le siège d'un cancer à cellules cylindriques qui a traversé l'épiploon adhérent et atteint jusqu'au tissu sous-muqueux du côlon, sans toutefois en perforer la muqueuse. J. B.

II.—Femme de 61 ans. Diagnostic : cholécystite avec calculs. Les inégalités senties par le palper à la surface de la tumeur avaient été avec raison attribuées à des adhérences péritonéales. A l'ouverture du ventre, on trouve une vésicule renfermant de nombreux calculs dont un de la grosseur d'une noix et un carcinome de la même grosseur presque intra-mural occupant le fond de la vésicule : le tissu du foie dans le voisinage paraissant envahi par le carcinome est enlevé sous forme de coin à l'aide du thermo-cautère et le canal cystique, auquel se trouve appendu comme à un pédicule l'ensemble des parties réséquées, est sectionné après ligature et fixé à la plaie abdominale. Guérison par granulations, sans issue de bile à l'extérieur. H. DE BRINON.

P. BERGER. Abcès du foie, développé sous l'influence d'une grippe, six ans après une poussée légère d'hépatite survenue au cours d'une dysenterie des pays chauds (*Bull. Acad. de méd., 13 juill. 1897*).

Un homme contracte la dysenterie au Tonkin en 1890 et à ce moment il accuse de la douleur au foie ; l'hépatite passagère guérit à la suite de l'application d'un vésicatoire. La dysenterie dure encore 3 ans après son retour en France. En décembre 1896, grippe. Dès le début, le malade eut de la douleur au foie ;

cette douleur s'accentue ; le foie devient gros et l'état général grave. Malgré l'absence de fièvre, on diagnostique un abcès du foie.

Le 10 mars 1897, la température s'élève et le malade a une vomique qui le soulage. Le 1er avril, la douleur reparaît. Le lendemain ouverture de l'abcès en passant à travers le diaphragme adhérent tant du côté de la plèvre que du côté du péritoine. Cicatrisation complète le 25 mai.

Rendu relate à ce propos une observation similaire.

Un homme ayant eu la dysenterie aux colonies se livre à des excès alcooliques à son retour en France. Il en résulte de l'hépatite. Après avoir passé 6 nouvelles années en bonne santé, soit 8 à 9 ans après les accidents de dysenterie, à l'occasion d'un bain froid, il est pris d'embarras gastrique et de diarrhée ; puis le foie devient gros. Une ponction montre qu'il s'agissait d'un abcès du foie qui est ouvert avec un plein succès (2 litres de pus stérile).

LEFLAIVE.

J. HOMANS. Gall-stones formed around silk sutures (Calculs biliaires formés autour de fils de soie) (*Annals of surg.*, *1897*).

Femme de 38 ans, mère de 2 enfants, n'ayant ni jaunisse ni tuméfaction de la vésicule biliaire, mais des désordres gastriques et utérins. La laparotomie pratiquée le 6 avril 1895 permet de détacher des adhérences annexiales et d'enlever un kyste tubo-ovarien à gauche. En même temps le chirurgien trouve la vésicule remplie de calculs. Il referme donc la plaie abdominale et pratique une autre section de la paroi parallèlement aux fausses côtes droites. Il extrait 97 calculs ayant en moyenne un cinquième de pouce de diamètre, suture la vésicule à la paroi et draine. Guérison en 5 semaines.

Le 18 janvier 1897, les douleurs ayant reparu, seconde ouverture de la vésicule qu'on trouve adhérente à la cicatrice. Elle contient 7 calculs. 2 de ces calculs, comparables à des fèves de Lima, de coloration brun jaune, sont attachés à un fil de soie qui leur constitue une sorte d'axe ; 3 autres, moins volumineux, sont reliés par un second fil autour duquel ils se sont développés ; enfin 2 sont indépendants.

Ce fait prouve que les calculs biliaires peuvent se former en quelques mois.

L. GALLIARD.

Fr. BEC. De la fistule gastro-colique (*Thèse de Lyon*, *1897*).

La fistule gastro-colique est une affection rare qui se rencontre surtout dans le cours du cancer et de l'ulcère de l'estomac, du cancer du côlon et des abcès abdominaux de cause quelconque.

Elle se manifeste par des symptômes fonctionnels, dont les plus caractéristiques sont : le vomissement fécal, la lientérie et la similitude des vomissements et des selles. Le plus souvent, la maladie affecte soit une forme clinique où domine le vomissement fécal et qui rappelle l'occlusion intestinale, soit une forme plus rare où le symptôme capital est la diarrhée lientérique. L'insufflation de l'estomac et de l'intestin permet d'assurer le diagnostic.

Le traitement est d'ordre chirurgical.

H. FRENKEL.

PÉAN. Gastrectomie (*Bull. Acad. de méd.*, *13 juill. 1897*).

Une femme de 56 ans, cachectique, ne pouvait plus s'alimenter par suite de

vomissements dus à un cancer du pylore ayant envahi la moitié de cet organe.

Après laparotomie, résection d'une partie du duodénum et de la majeure partie de l'estomac, avec ablation de 7 ganglions situés dans l'épiploon à 6 centimètres de la grande courbure. Les 5/6 de la plaie stomacale sont suturés à la soie fine et le reste est réuni au duodénum par le bouton de Murphy.

Guérison sans accidents. La malade, qui a augmenté de 25 kilogs, a repris l'appétit, digère bien et peut vaquer à toutes ses occupations. LEFLAIVE.

Ch. MONOD et J. VANVERTS. Du traitement chirurgical des péritonites par perforation dans la fièvre typhoïde (*Revue de chir., p. 169, mars 1897*).

Malgré les résultats peu encourageants, mais étant donné que la perforation intestinale suite de fièvre typhoïde abandonnée à elle-même est presque fatalement mortelle (95 0/0 de mortalité), il est permis de tenter une intervention dont les résultats généraux (88 0/0 de mortalité) sont supérieurs à ceux de l'expectation. On aura d'autant plus de chances de réussir que la perforation se sera produite à une période plus tardive de la fièvre typhoïde et surtout pendant la convalescence ou à la fin d'une rechute ; on est cependant autorisé à agir quelle que soit la période de la dothiénentérie (1 cas d'Abbe suivi de succès.)

L'intervention doit être faite le plus tôt possible, le diagnostic étant possible hâtivement. Par l'intervention l'occlusion de la perforation se fait rapidement, mais la survie du malade n'en résulte pas nécessairement, par suite de la péritonite qui continue son évolution, ou de l'apparition de nouvelles perforations ou du mauvais état général du malade, lequel, du reste, peut à lui seul constituer une contre-indication opératoire.

L'intervention comportera ordinairement une laparotomie médiane et la suture simple de la perforation. La résection intestinale et l'anus contre nature seront réservés aux cas où les lésions sont plus complexes. Un grand lavage et le drainage terminent l'opération.

S'il s'agit d'une péritonite enkystée dont la fréquence et la gravité sont moins considérables, on se contentera d'inciser au niveau de la région malade pour permettre l'évacuation du foyer pyo-stercoral et parfois la suture de la perforation. F. VERCHÈRE.

SCHULZ. Beitrag zur Behandlung der diffusen eitrigen Bauchfellentzündung (Du traitement de la péritonite purulente diffuse) (*Deut. Zeitschr. für Chir., XLIV, 5 et 6, p. 443-450*).

Dans un cas de péritonite purulente étendue, qui était la conséquence d'une pérityphlite, Schulz a ouvert la cavité abdominale, a épongé ensuite tout le pus à sec et a rempli cette cavité, laissée ouverte, par de la gaze stérilisée, saupoudrée par l'iodoforme. Le malade a complètement guéri.

MARCEL BAUDOUIN.

FLODERUS. Von der Behandlung akuter Perforationsperitonitis..... (Sur le traitement de la péritonite aiguë, par perforation, à la suite d'une appendicite) (*Arch. f. klin. Chir., LIV, 1, p. 55-68*).

Il s'agit d'un jeune homme âgé de 28 ans qui, après avoir fait un voyage dans une charrette est devenu fortement malade. A son entrée à la clinique, on a diagnostiqué une appendicite avec perforation et péritonite. L'incision a été faite cent heures environ après le commencement de la maladie. On a évacué un litre de liquide louche, séreux, de la cavité abdominale. L'intestin grêle était excessivement gonflé et injecté. On ponctionne non seulement l'intestin grêle, mais aussi le gros intestin. Dans la profondeur de la cavité abdominale à droite, on trouve une quantité de pus gris clair. Dans la poche purulente il y avait un calcul stercoral gros comme un pois. L'appendice est gangrené et perforé tout près de son extrémité. Extirpation de l'appendice ; on laisse un drain en verre dans la plaie médiane. 3 jours après la première opération, on est obligé de faire une autre incision au-dessus du ligament de Poupart et parallèlement à lui. 2 mois après, le malade est sorti de l'hôpital. 4 mois après, le malade était guéri et avait repris ses occupations. MARCEL BAUDOUIN.

EWALD. Invagination d'un diverticule de Meckel avec rétrécissement et perforation de l'intestin (*Berlin. klin. Woch., n° 8, p. 169, 22 fév. 1897*).

Il n'a pas encore été publié de fait analogue à celui qu'Ewald a observé chez une dame de 42 ans. En juillet 1895, au milieu d'un voyage, elle fut brusquement prise de violentes crampes d'estomac et eut pendant plusieurs jours de la constipation et des vomissements de matières fluides un peu jaunâtres ; consécutivement elle présente un ictère intense. Au bout d'un certain nombre de jours, la guérison se fit soudainement à la suite du retour spontané des selles. Depuis lors, la malade eut des accès semblables qui devinrent de plus en plus fréquents dans les derniers mois. A l'exploration de l'abdomen, la masse intestinale météorisée et agitée de mouvements péristaltiques très vifs apparaissait au toucher et à la vue, sous forme de bourrelets de la grosseur du bras dont la palpation provoquait un bruit de succussion très accentué. Ewald diagnostiqua un rétrécissement de l'intestin. La mort survint brusquement au milieu d'un accès de ce genre et on pensa qu'il s'agissait d'une perforation produite par un calcul biliaire avec adhérences inflammatoires ayant rétréci le gros intestin. A l'autopsie, on trouva un diverticule de Meckel invaginé en doigt de gant dans l'intestin et contenant à son intérieur le mésentère qu'il avait attiré ; à ce niveau, il y avait aussi une inflammation de l'intestin qui avait amené un rétrécissement tel que le calibre admettait à peine un crayon. Au centre des lésions inflammatoires se voyait l'orifice de perforation qui avait déterminé une péritonite purulente généralisée.

J. B.

Francis SHEPHERD. Successfull removal of an enormous mesenteric tumour and nearly eight feet of intestine (*Brit. med. Journ., p. 966, 9 oct. 1897*)

Jeune homme de 28 ans, porteur d'une énorme tumeur abdominale dure, indolente et mobile, datant de plus d'un an et ayant fait des progrès rapides. On porta le diagnostic de lipôme rétropéritonéal.

Laparotomie le 18 janvier 1897. La tumeur se présente avec une apparence bleuâtre. Elle remplit toute la cavité péritonéale et a de nombreuses adhé-

rences assez vasculaires. Celles-ci rompues et ligaturées, on fait saillir assez aisément la tumeur qui est manifestement issue du mésentère mais qui est soudée intimement à l'intestin grêle dans sa partie inférieure et postérieure et au côlon transverse en haut. On arrive très difficilement à isoler le côlon transverse, mais pour l'intestin grêle, la chose est impossible et on est obligé de réséquer huit pieds d'intestin, après avoir fait une ligature élastique au pédicule de la tumeur. Cela fait, les deux bouts sectionnés de l'intestin sont suturés. Aucun accident grave secondairement, le malade quitte l'hôpital au bout de 5 semaines conservant seulement de la diarrhée, due vraisemblament au raccourcissement de l'intestin grêle. H. RENDU.

K.-R. v.HOFMANN. Beiträge zur Kenntniss der Hernien des Processus vermiformis (*Deut. Zeitschr. f. Chir., XLIV, 1 et 2, p. 8*).

Il y a quelque temps, la présence de l'appendice vermiforme dans les hernies était considérée comme un phénomène excessivement rare. Mais depuis qu'on entreprend les opérations de cure radicale des hernies non étranglées, il est démontré que les hernies de l'appendice sont encore assez fréquentes. C'est ainsi qu'à la clinique d'Albert on a constaté 9 fois la présence de l'appendice vermiforme dans la hernie sur 250 cures radicales de hernies faites dans le courant de l'année 1896. Il résulte des observations assez courtes de l'auteur que : 1° l'ensemble des cas se rapporte au sexe masculin ; 2° dans le plus grand nombre de cas il s'agit d'une hernie inguinale congénitale droite des enfants et des adolescents. Quelquefois l'extrémité de l'appendice était soudée au pôle supérieur du testicule. Ce dernier fait jette une lumière sur l'étiologie des cas semblables. Dans les cas où l'appendice iléo-cœcal forme le seul contenu de la hernie, ce dernier est accessible à la palpation, ce qui aide beaucoup au diagnostic. Dans les observations d'Hofmann, il n'y a qu'un seul cas d'étranglement et ce dernier est probablement produit non pas par l'incarcération de l'appendice vermiforme, mais plutôt par celle de l'épiploon. Du reste, les inflammations de l'appendice auxquelles ce dernier est encore plus sujet dans les hernies que dans la cavité abdominale, peuvent provoquer des symptômes analogues à ceux de l'étranglement. 3 fois on n'a trouvé dans la hernie que l'appendice tout seul ; 1 fois on a vu l'appendice avec l'épiploon et dans tous les autres cas l'appendice était mêlé à d'autres parties de l'intestin pour former le contenu de la hernie. L'auteur conseille d'extirper toujours l'appendice pendant l'opération, même quand celui-ci paraît être absolument normal, étant donné que l'intervention pour l'extirper est très facile et sans aucun danger. Son introduction dans la cavité abdominale pour le remettre en place peut au contraire provoquer des étranglements internes ou d'autres complications. MARCEL BAUDOUIN.

STIERLIN. Ueber bie chirurgische Behandlung der Wandermilz (Traitement chirurgical de la rate mobile) (*Deut. Zeitschr. für Chir., XLV, 4 et 4, p. 382*).

L'auteur analyse 30 observations environ de splénectomie qu'il a pu rassembler et donne les conclusions suivantes :

1° La rate mobile non hypertrophiée est très rare ; il est infiniment probable que c'est l'hypertrophie qui la rend mobile ;

2° Le traitement chirurgical est indiqué dans tous les cas de rate mobile, afin d'empêcher la torsion du pédicule et les complications qui en résultent ;

3° La splénopexie par le procédé de Rydygier ou par celui de Bardenheuer est l'opération de choix dans les cas de rates mobiles n'ayant pas plus de 2 à 3 fois le volume de la rate normale;

4° Au-dessus de ce volume l'extirpation devient la règle ;

5° La splénectomie pour rate mobile donne une mortalité de 6,25 0/0 ;

6° L'ablation de la glande n'a jamais été par elle-même dangereuse pour le malade. Les troubles notés sont d'autant moins accusés que les modifications pathologiques de la rate enlevée sont plus graves.

MARCEL BAUDOUIN.

J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Conditions de solidité des résultats de l'opération de la cure radicale des hernies (*Journ. méd. et chir. prat.*, *25 août 1897*).

L. C. a opéré depuis 16 ans 650 cas de cure radicale, dont 556 inguinales, 46 crurales, 22 ombilicales (toutes chez des femmes), 14 épigastriques (toutes chez des hommes), 12 éventrations.

Il a observé 23 cas de récidive, dont la moitié chez des obèses ou des tousseurs. Sur les 200 derniers cas, il n'a eu qu'une récidive. Il préconise la destruction de tout épiploon accessible et la reconstitution de la paroi abdominale avec le plus d'épaisseur possible. Jusqu'à 40 ans elle peut et doit être faite dans presque tous les cas. Il a eu 5 décès, soit 0,70 0/0.

H. LEROUX.

LANNELONGUE. Technique de la cure radicale de la hernie par la méthode sclérogène (*Bull. Acad. méd.*, *6 juill. 1897*).

Cette opération consiste à faire des injections à la périphérie du sac herniaire en prenant comme point de repère le squelette ostéo-fibreux de la région. Après que l'on s'est assuré du bon état de ses reins, le malade est endormi et le champ opératoire est aseptisé. Pour ne pas envoyer de liquide dans la cavité abdominale, la hernie est maintenue réduite par un aide qui, avec deux doigts, maintient fermé l'orifice péritonéal du canal inguinal. Puis, après avoir reconnu avec l'index gauche le canal déférent et en le maintenant, l'opérateur, placé du côté de la hernie, fait deux séries d'injections : trois en dedans et trois en dehors ou plutôt en arrière du cordon. La première injection, la plus élevée, doit être faite dans l'anneau pubien, et le liquide doit être déposé sur le bord supérieur du pubis entre la symphise et l'épine pubienne. L'aiguille doit être introduite très obliquement par rapport à la peau, à peu près dans l'axe du pli inguinal ; le liquide (dix gouttes d'une solution de chlorure de zinc à 1/10) ne doit être injecté que lorsque l'aiguille a senti l'os. La seconde injection se fait à 1 centimètre au-dessous de la première; de même pour la troisième (deux seulement chez les très jeunes sujets).

Les injections en dehors se font de même, mais l'opérateur passe du

côté opposé à la hernie et il maintient toujours le cordon avec l'index gauche. La première injection se fait aussi en contact avec l'os.

Avant de réveiller le malade et sans cesser la compression, on applique un pansement ouaté compressif qui sera maintenu 3 ou 4 jours.

Contre les douleurs consécutives on peut faire usage de chloral ou de morphine. De 1 à 5 ans, on injecte de 30 à 50 gouttes de chlorure de zinc ; chez les adultes on peut aller jusqu'à 80 gouttes.

51 hernies ont été traitées chez des sujets âgés de 4 mois à 60 ans ; il n'y a pas eu d'accidents. Sur 44 sujets âgés de moins de 20 ans, on ne compte que 3 insuccès. LEFLAIVE.

B. Farquhar CURTIS. Partial resection of the bladder for ulcer caused by the distoma hœmatobium (*Brit. med. Journ., p. 964, 9 oct. 1897*).

Homme de 29 ans, ayant passé 8 années au Caire. Quelque temps après une attaque de malaria, il constate de l'hématurie indolente, survenant par intervalles d'abord, puis persistante et s'accompagnant de ténesme. Anémie et perte de forces consécutives. L'examen à la lampe électrique de la vessie montre une tumeur à l'orifice de l'uretère droit.

On pratique le 7 octobre la cystotomie sus-pubienne. A l'ouverture de la vessie, on constate une ulcération de l'orifice uretéral droit, reposant sur un tissu épaissi et enflammé, présentant des nodules granuleux et saignants. L'apparence est celle d'un sarcome : on l'excise avec des ciseaux. Malgré des crises douloureuses liées à de la rétention d'urine et en dépit d'une complication de pleurésie sèche, le malade finit par guérir.

Les tumeurs papillaires de la vessie, examinées, montrèrent une série d'alvéoles remplies d'œufs de distôme, et situées dans la couche sous-épithéliale.

Ces tumeurs parasitaires étaient la cause des hématuries, qui disparurent après l'opération. H. RENDU.

PERCIVAL. Rupture de la vessie : opération, mort (*Brit. med. Journ., p. 1282, 22 mai 1897*).

Homme de 35 ans ayant reçu un coup de pied dans le bas-ventre à onze heures du soir. D'après les renseignements qu'il donne, la vessie devait être pleine au moment de l'accident. Pendant la nuit il urine un peu de sang. Il entre à l'hôpital le lendemain, 21 février, à 10 h. 30 du matin, se plaignant d'une violente douleur dans le ventre, impossibilité d'uriner.

Par le cathétérisme on retire 270 grammes de liquide sanguinolent. Pour vérifier le diagnostic de rupture de la vessie on injecte 180 grammes d'eau boriquée et on retire 210 grammes de liquide sanguinolent. Le diagnostic restant incertain, on remet l'intervention. A 6 heures du soir, les troubles persistent. On injecte dans la vessie 750 grammes d'eau boriquée ; 20 minutes après, 330 grammes seulement de liquide sanguinolent ont été expulsés. Laparotomie à 7 heures du soir. Il existe une déchirure de 10 centimètres de longueur au niveau de la face postérieure de la vessie. Suture, lavage du péritoine. 3 jours après suppression de la sonde à demeure. Le malade urine bien. Le 4e jour, mort en quelques heures avec signes de péritonite.

A l'autopsie. — Péritonite. Déchirure de la vessie complètement fermée.

J. VAUVERT.

MATHES. Zur Casuistik der Ureterenimplantation in den Darm (Implantation des uretères dans l'intestin) (*Deut. Zeitschr. f. Chir., XLV, p. 136-153*).

L'auteur relate 2 cas opérés par von Eiselsberg à Konigsberg.

Dans le 1er, il s'agit d'un homme de 31 ans atteint d'exstrophie de la vessie, d'incontinence d'urine et de diarrhée chronique. Von Eiselsberg, après avoir pratiqué la laparotomie au-dessus de la muqueuse vésicale, en enlève une portion de 3 centimètres sur 1 cent. 1/2, comprenant l'abouchement des deux uretères, laissés en contact avec le tissu conjonctif environnant. Puis relevant la muqueuse vésicale et les uretères, il implanta la muqueuse dans l'S iliaque et fit une suture à deux étages en y fixant le péritoine vésical. On excisa ensuite la muqueuse vésicale, l'on introduisit de la gaze iodoformée dans la cavité, la paroi abdominale fut suturée à étages. L'urine s'écoulait par un drain introduit dans le rectum. La gaze enlevée 12 jours après, la plaie se ferma sans complications.

Quatorze mois après, la continence urinaire était parfaite; la diarrhée avait disparu. L'état général était sensiblement amélioré.

Dans le 2e cas, il s'agissait d'un enfant de 8 ans atteint d'exstrophie vésicale. La méthode opératoire fut la même que précédemment; mais il se forma une fistule urinaire qui se ferma peu à peu et 9 mois plus tard il n'existait plus d'incontinence d'urine.

En somme la méthode de Maydl a donné 2 insuccès et 12 guérisons sur 14 cas, résultat qui la consacre à l'avenir. MARCEL BAUDOUIN.

FABRIKANT. Die sectio alta als Heilverfahren bei impermeablen stricturen des Harnkanals und bei Harnfisteln (Taille hypogastrique dans les rétrécissements imperméables) (*Arch. f. klin. Chir., XLV, p. 789-830*).

L'auteur, après avoir analysé tous les cas de rétrécissements infranchissables de l'urètre et de fistules vésicales, traités par la taille hypogastrique, qu'il a pu recueillir dans la littérature médicale, donne les conclusions suivantes:

Le cathétérisme rétrograde est indiqué dans les rétrécissements imperméables et traumatiques de l'urètre, lorsque la taille périnéale ne permet pas de retrouver le bout urétral postérieur et aussi dans les rétrécissements imperméables d'origine blennorragique, sans brides cicatricielles du périnée; on peut le pratiquer, après la taille hypogastrique, sans faire en même temps l'urétrotomie externe. L'opération est facile à pratiquer à travers l'incision sus-pubienne de la vessie. Elle peut échouer par le fait des modifications survenues dans les rapports anatomiques des parties à la suite de l'inflammation.

Lorsque la transformation cicatricielle du périnée empêche de passer la sonde d'arrière en avant, on introduit une seconde sonde par l'urètre et l'on incise à travers le périnée le tissu qui se trouve entre les deux sondes. La sonde est laissée à demeure, dans le cas où elle ne serait pas supportée, on la retire et l'on dilate l'urètre progressivement.

La taille hypogastrique est préférable à la taille périnéale pour guérir les fistules urinaires rebelles. MARCEL BAUDOUIN.

E. FINOTTI. Zur Pathologie und Therapie des Leistenhodens (Sur la pathologie et la thérapie du testicule retenu dans l'aine) (*Arch. für klin. Chir.*, *LV*, *1*, *p. 120-163*).

L'auteur a eu l'occasion d'observer 14 cas de cryptorchidie. Il indique exactement la position de l'organe, ses rapports avec l'aponévrose du muscle oblique et la peau. Il donne ensuite sa consistance, son volume et ses rapports avec l'épididyme. Il n'existait pas d'hypertrophie compensatrice de l'autre testicule sain et dans sa position normale. A l'examen microscopique, les canaux spermatiques du testicule en ectopie sont atrophiés, son tissu conjonctif est au contraire plus développé qu'à l'état normal. L'auteur a trouvé dans les testicules ectopiés une prolifération considérable des cellules intermédiaires. Il considère ces cellules intermédiaires comme des restes embryonnaires. Il explique de cette façon la tendance du testicule ectopique à former des tumeurs. Le développement que le testicule prend au moment de la puberté arrive pour l'organe ectopié plus tard que pour l'autre. Le meilleur traitement pour le testicule ectopié est l'orchidopexie; la castration doit être rejetée. C'est à l'âge de 11 à 12 ans qu'on doit pratiquer l'orchidopexie. MARCEL BAUDOUIN.

KRYGER. Experimentelle Stüdien über Wirbelverletzungen (Traumatismes de la colonne vertébrale) (*Deut. Zeitschr. f. Chir.*, *XLV*, *p. 29-76*).

L'auteur donne le résultat de ses expériences sur un grand nombre de cadavres.

Pour la colonne cervicale, les traumatismes déterminent un décollement considérable des ligaments longitudinaux. Dans la flexion en arrière, on constate une subluxation. Dans tous ces cas, l'artère et la veine vertébrales ne présentaient aucune lésion notable. Pour la colonne dorsale et la colonne lombaire, la distorsion provenant de flexion en avant produit une cyphose légère et une diastasis de deux apophyses épineuses; l'apophyse supérieure chevauche sur l'inférieure; le plus souvent il existe en même temps une fracture de l'apophyse épineuse; la luxation simple est extrêmement rare.

Dans les traumatismes des vertèbres dorsales supérieures on constate presque toujours une fracture concomitante des côtes.

Dans les traumatismes de la moelle épinière, il y a souvent des hémorragies abondantes dans le canal médullaire; la moelle épinière est alors très tendue et aplatie. MARCEL BAUDOUIN.

O. FODERL. Enchondrom der Halswirbeisäule (Enchondrôme de la colonne cervicale) (*Deut. Zeitschr. f. Chir.*, *XLV*, *p. 154-159*).

La localisation d'un enchondrôme à la colonne vertébrale constitue un fait unique dans la littérature médicale. Il n'existait d'autres symptômes qu'une forte dyspnée provoquée par une tumeur qui avait déplacé la trachée. A l'autopsie on constate un néoplasme pervertébral remontant jusqu'au bord supérieur de la 5ᵉ vertèbre cervicale et descendant jusqu'à la 4ᵉ dorsale. Une

section passant à travers la tumeur et le rachis montra que la tumeur était attachée à la 7e vertèbre cervicale qui était ossifiée dans son voisinage. A l'examen histologique on constata un enchondrôme typique, frappé de dégénérescence muqueuse par places et contenant des dépôts calcaires.

MARCEL BAUDOUIN.

I. — MÉNARD. Du redressement brusque de la gibbosité dans le mal de Pott (*Bull. méd., 12 mai 1897*).

II. — Robert JONES et A.-H. TUBBY. De la réduction brusque de la gibbosité dans le mal de Pott (*Brit. med. Journ., 7 août, p. 336, 1897*).

III. — P. REDARD. Traitement des déviations de la colonne vertébrale et principalement du traitement de la gibbosité du mal de Pott (*Presse méd., p. 133, 4 sept. 1897*).

I. — Les expériences post mortem montrent que par le redressement brusque, il se fait une cavité de 2, 4, 6 centimètres, remplie de débris tuberculeux. Comme elle ne peut se réparer par un cal osseux, et que le cal sera insuffisant, il s'ensuit que la gibbosité redressée se reproduira.

La déchirure du foyer tuberculeux serait souvent une cause d'excitation du processus morbide et de généralisation. LEFLAIVE.

II. — Les auteurs ont pratiqué 11 fois la réduction brusque de la gibbosité du mal de Pott. 6 fois ils obtinrent la réduction complète. 5 fois ils n'obtinrent qu'une réduction incomplète, mais appréciable.

Dans 2 de ces derniers cas, l'échec fut probablement dû à ce qu'ils n'avaient pas pratiqué des manœuvres assez violentes.

Dans aucun des cas ils n'observèrent de troubles parétiques de production d'abcès, ni de dissémination de la tuberculose.

III. — D'après 32 cas personnels de redressement de la gibbosité du mal de Pott, l'auteur conclut que cette méthode est efficace et sans danger quand l'affection est récente, quand la lésion n'atteint pas plusieurs vertèbres et quand il n'y a pas d'abcès volumineux ou de généralisation de la tuberculose. Il pratique cette réduction à l'aide d'un appareil qu'il a fait construire et qui permet de faire l'extension progressive à la fois sur la tête et les extrémités inférieures, sans agir directement sur la gibbosité.

R. a aussi pratiqué la réduction des déviations non tuberculeuses du rachis. Les résultats immédiats ont été satisfaisants ; mais les cas sont encore trop récents pour qu'on puisse se prononcer sur la valeur de cette méthode. J. VANVERTS.

C. HUEBSCHER. Die Perimetrie des Handgelenks (Articulation du poignet) (*Deut. Zeitschr. f. Chir., XLV, p. 24-28*).

L'auteur donne une méthode très séduisante pour exécuter le tracé graphique représentant les limites de mobilité de l'articulation radio-carpienne. Ces limites, par suite, sont en un instant mises en évidence aussi bien que le tracé du champ visuel des ophtalmologues. Il emploie dans ce but le périmètre bien connu des oculistes, au centre duquel on amène l'articulation du poignet, après avoir fixé l'avant-bras sur un petit support.

On place le périmètre suivant les divers méridiens, et d'abord suivant les principaux, le vertical et l'horizontal, et on lit les degrés de l'angle sous lequel la main peut être fléchie ou étendue, mise en abduction ou en adduction. Ces degrés sont notés sur un schéma ophtalmologique du champ visuel, et l'ensemble des points ainsi déterminés indique ensuite le « champ de mobilité » de la main sur laquelle on fait ces recherches. Des figures montrent clairement la façon dont on procède. Plusieurs épreuves, celles, par exemple, du champ de mobilité dans la paralysie radiale, de même l'affaiblissement fonctionnel à la suite de fractures, démontrent la clarté parfaite et la facile compréhension de semblables épreuves. MARCEL BAUDOUIN.

KAHLEYSS. Beitrag zur Kenntniss de Fracturen am unteren Ende des Radius (Des fractures de l'extrémité inférieure du radius) (*Deut. Zeitschr. f. Chir., XLV, 5 et 6, p. 531-561*).

L'auteur a appliqué les rayons X à 60 cas de fracture de l'extrémité inférieure du radius ; il en tire les conclusions suivantes :

Le simple décollement épiphysaire ne s'observe que chez les enfants en bas âge.

Les fissures sont plus rares qu'on ne le croit généralement.

89 fois sur 100 les fractures comprenaient toute la largeur et l'épaisseur de l'os ; 60 fois sur 100 elles étaient simples ; 29 fois sur 100 elles étaient multiples ; 11 fois elles n'intéressaient qu'une partie de la largeur ou de l'épaisseur de l'os ; il y avait arrachement de l'apophyse styloïde du radius ou du rebord dorsal de l'articulation radio-carpienne.

Dans 78 0/0 des cas, la fracture du radius était compliquée de l'arrachement de l'apophyse du cubitus.

La fracture du radius se produit d'une façon indirecte et par arrachement, tantôt par choc et contre-coup ; le plus souvent les 2 causes s'observent en même temps. MARCEL BAUDOUIN.

A. EISELBERG. Zur Heilung grösserer Defekte der Tibia durch gestielte Haut-Periost-Knochenlappen (Du traitement des grandes cavités du tibia par des lambeaux pédiculés de peau, de périoste et d'os) (*Arch. f. klin Chir., LV, 2, p. 435-444*).

L'auteur mentionne les procédés qu'on a employés jusqu'à ce jour pour le recouvrement des cavités du tibia. Il rappelle les méthodes de Hahn, Schede, Kümmell et autres en se servant d'os humains ou d'animaux récemment tués, et il préconise particulièrement les méthodes de J. Wolff et notamment de W. Müller. Ce dernier transplanta dans un cas (d'après Hahn) le péroné dans le tibia et fortifia ensuite la zone d'implantation en y appliquant un lambeau cutané et ostéopériostique qu'il enleva au tibia lui-même, et dont il tourna la pointe vers le bas. Dans le second cas, un lambeau en forme de V à base supérieure fut découpé. De l'extrémité inférieure du tibia on enleva un fragment osseux répondant à la pointe du lambeau, on laissa le périoste en connexion avec la peau, et on le glissa de bas en haut jusqu'à la cavité, de façon que la découpure en

forme de V fit place à une suture en Y. L'auteur a opéré, par cette méthode, deux cas de cavités du tibia produites par résection dans une opération pour ostéosarcome et par fracture infectée, et il a obtenu un résultat parfait quoiqu'il s'agissait de cavités plus grandes que celles qu'a rencontrées Müller, celle par exemple qui résultait d'un manque osseux sur une longueur de 9 à 12 centimètres. Il est à remarquer que dans les deux cas le fragment osseux transplanté se consolida par la suite, notamment lorsque le malade se mit à marcher davantage. L'auteur estime que cette méthode autoplastique présente des avantages singuliers sur toute autre méthode quoiqu'on ne laissât subsister seulement qu'un étroit pédicule nutritif, qui cependant suffit comme dans la rhinoplastie. L'auteur admet l'emploi de l'hétéroplastie pour recouvrir les solutions de continuité du crâne où cependant, selon lui, l'autoplastie d'après Müller-Kœnig devrait être l'opération de choix. L'auteur n'a pas observé, comme dans les 2 cas mentionnés ci-dessus pour les deux tibias, une hypertrophie des fragments osseux adaptés au crâne. MARCEL BAUDOUIN.

BLANC. Hydarthrose intermittente héréditaire (*Cong. Assoc. franç. avanc. des Sc., St-Étienne, août 1897*).

Blanc a observé 1 cas d'hydarthrose intermittente héréditaire, affection rare.

Chauvet en a rassemblé seulement 15 observations (*Lyon médical*, 15 décembre 1895.

Récemment, le Même, a porté à 21 le nombre des cas connus.

La pathogénie de cette affection n'est pas encore complètement élucidée.

Pour Blanc peut-être ne faudrait-il pas éliminer l'arthritisme qui dans son cas est des plus nets ?

Cette observation démontre que l'hydarthrose intermittente peut être héréditaire.

En présence de l'insuccès ordinaire du traitement médical, on est autorisé à lui opposer un traitement chirurgical (révulsion, immobilisation, ponction avec injections antiseptiques, au besoin même on pratiquera l'arthrotomie). A. C.

I. — RECLUS. Des appareils de marche dans les fractures de jambe (*Bull. Acad. méd., juin 1897, et Gaz. des hôp., n° 68, 13 juin 1897*).

II. — TESLAU. Le traitement des fractures du membre inférieur par les appareils dits ambulatoires (*Gaz. des hôp. n° 47, avril 1897*).

I. — L'auteur rapporte les observations de 5 malades qui, avec des fractures bi-malléolaires ou des fractures de jambe type, ont marché dès les premiers jours. Avec ces faits il répond aux objections théoriques d'Hennequin. Les malades marchent véritablement et sans pouvoir exécuter des travaux de force, leur sort est moins à plaindre qu'avec l'ancienne méthode.

Les ulcérations de la peau ne sont pas plus à redouter qu'avec les appareils ordinaires.

Les 5 malades traités ont un cal très régulier.

II. — Dans cette revue générale, l'auteur fait un historique complet de la question, il montre que le traitement ambulatoire très en faveur en Allemagne, bien connu en Angleterre, Italie et Danemark est à peu près ignoré en France. Puis il passe en revue les différents appareils :

1° Les appareils orthopédiques : il donne sa préférence à un étrier métallique léger dépassant la longueur moyenne de la jambe et portant à son extrémité supérieure un anneau largement rembourré qui s'adapte au chapiteau tibial. Une guêtre lacée fixe solidement l'appareil au genou et à la partie inférieure de la cuisse, tandis que de larges sangles le relieraient à la jambe, qu'un très léger appareil plâtré tiendrait en correcte attitude ;

2° Les appareils extemporanés. Pour les fractures de cuisse, l'auteur donne la description de l'appareil d'Albers qui solidarise la jambe et le fragment supérieur et prend sur l'ischion un très fort point d'appui. Pour les fractures de jambe, Krause emploie un appareil ordinaire entourant complètement le membre.

Il a soin de mouler exactement l'appareil sur les tubérosités tibiales. La semelle doit être considérablement renforcée. Marchetti emploie la colle de menuisier. On peut renforcer l'appareil avec des lames de zinc.

Ces appareils peuvent être appliqués immédiatement avant tout gonflement ou après quelques jours. L'auteur donne la statistique des faits recueillis : 367 fractures de jambe consolidées du 50e au 70e jour ; 61 fractures de cuisse consolidées au 90e jour. Il remarque que deux malades seulement ont eu des excoriations. Le raccourcissement n'a été observé que dans les fractures de cuisse et il ne dépassait pas 3 centimètres. T. réfute un à un, avec des faits, les arguments théoriques d'Hennequin. Il montre que de ces appareils on peut retirer les plus grands bénéfices. VEAU.

Santi Rindone LO RE. Contribution au traitement des tuberculoses chirurgicales par les injections d'iode et de gaïacol (*Riforma med., 28 avril 1897*).

On sait que Durante a traité (avec succès) les tuberculoses ostéo-articulaires par les injections interstitielles de solutions iodées, mais que ces injections ont l'inconvénient d'être très douloureuses.

L'auteur a eu l'idée d'associer le gaïacol à l'iode ; la solution était faite de cette façon que chaque injection permettait d'introduire 1/2 ou 1 centigramme d'iode pendant les six à sept premiers jours, et pendant les jours suivants, 2, 3 et 4 centigrammes. Quant au gaïacol les doses ont été successivement de 10 à 20 et 30 centigrammes par injection.

Par ce traitement, l'auteur a obtenu des améliorations notables dans 2 cas et la guérison complète dans 1 autre. G. LYON.

Arthur BARKER et Howard COOK. A case of head injury followed by complications affecting the cranial nerves (*Brit. med. Journ., p. 401, 15 août 1897*).

Un homme de 26 ans tombe la tête sur le pavé ; on l'amène à l'hôpital avec les signes d'une commotion modérée du cerveau, sans perte de connais-

sance complète. Bientôt se développe lentement des signes de compression cérébrale, le pouls tombe de 96 à 48 ; puis des convulsions surviennent, avec rotation de la tête et des yeux du côté contusionné. Comme le malade avait eu une violente épistaxis, en même temps que s'accentuaient les signes de compression cérébrale, on songea à une fracture du crâne avec déchirure vasculaire. Ultérieurement les lésions atteignirent les nerfs crâniens, la 2e, la 3e et la 5e paire. Les nerfs optiques, atteints de névrite atrophique, furent irrémédiablement perdus. La paralysie de la 3e paire fut longue à guérir, mais finit par s'amender. La branche ophtalmique de la 5e paire ne fut pas paralysée, mais devint le siège d'une éruption d'herpès. Enfin, l'odorat fut très altéré. Les nerfs des dernières paires crâniennes ne furent point atteints.

De l'analyse des symptômes, les auteurs conclurent à une fracture de la fosse antérieure de la base du crâne ayant intéressé le trou optique et la lame criblée de l'ethmoïde, et donné lieu à une hémorragie de la région sus-orbitaire et des gaines des nerfs crâniens. H. RENDU.

Michell CLARKE et Ch. MORTON. A case of operation for abscess of the lung due to localiced necrose (*Brit. med. Journ., p. 800, 25 sept. 1897*).

Homme de 45 ans, épileptique, employé à des travaux d'égout. Début de la maladie par des nausées, des vomissements, de la toux suivie bientôt d'expectorations fétides et d'une haleine constamment gangréneuse. On diagnostique un foyer de nécrose pulmonaire. Localement, en arrière et à droite, existe une matité circonscrite aux deux espaces intérosseux situés au-dessus de l'angle de l'omoplate, entre son bord postérieur et la gouttière vertébrale : en ce point souffle, râles et résonnance vocale. L'état reste stationnaire, s'aggravant plutôt, pendant plus d'un mois, la dyspnée et la toux croissant, et les crachats gardant le caractère des crachats de bronchectaire. Les signes stéthoscopiques sont les mêmes, plus étendus : le souffle est plus cavitaire et se localise entre la 5e et 6e côte en arrière. La pneumotomie est décidée.

Opération le 4 septembre. — Sous le chloroforme, ponctions exploratrices multiples dans la zone de matité; la troisième ponction pénètre dans un foyer et ramène quelques gouttes de pus fétide. On laisse l'aiguille comme conducteur et on réséque deux côtes, au-dessus et au-dessous de l'espace intercostal où elle est fixée. Deux lambeaux, l'un cutané, l'autre musculeux, sont laissés de façon à mettre à nu la plèvre viscérale, au cas où manqueraient les adhérences pulmonaires. Une incision est conduite dans le tissu pulmonaire sclérosé, qui saigne peu, et le bistouri pénètre dans une petite cavité anfractueuse pleine de pus que le doigt peut explorer. Pansement avec de la gaze iodoformée. Amélioration notable pendant quelques jours et disparition graduelle de l'expectoration gangréneuse ; mais, inopinément, le malade meurt le 16 septembre, d'une crise d'épilepsie.

A l'autopsie : plèvre adhérente, poumon sclérosé et atteint de bronchopneumonie lobuleuse, à petits foyers purulents et fétides. Au centre du tissu scléreux, foyer gangréneux plus large, anfractueux, communiquant avec l'incision opératoire. Congestion des reins et stéatose du foie. H. RENDU.

DELCROIX. Mal de Pott lombaire ancien; redressement, suture périostée des apophyses épineuses lombaires (*Ann. Soc. belge chir., 15 déc. 1897*).

Jeune enfant de 10 ans. Début de la maladie il y a 5 ans. Outre la déformation lombaire, on note de l'impossibilité de la marche et un amaigris-

sement considérable. Le 12 mars 1897, redressement de la colonne vertébrale facilement obtenu ; le 20 mai, ablation de l'appareil plâtré et suture des apophyses épineuses, dont on constate la réunion par une bandelette osseuse 2 mois plus tard. Colonne vertébrale droite, marche permise.

OZENNE.

Albert HOFFA. Operative Behandlung einer schweren Scoliose (Resection des Rippenbuckels) (*Zeitschr. f. orthop. Chir., IV*).

A l'exemple de Wolkmann, Hoffa a opéré un garçon de 10 ans ayant une scoliose dorsale à convexité gauche avec courbures compensatrices des vertèbres lombaires et cervicales. Il a réséqué la 9e côte jusqu'au delà de la gibbosité costale, réséqué dans leurs articulations les côtes sus-jacentes jusqu'à la 3e inclusivement et abattu les apophyses transverses des 5e et 6e vertèbres thoraciques, en faisant 2 légères blessures à la plèvre.

Le résultat opératoire aidé du traitement secondaire par extension a dépassé l'attente. La déviation latérale du thorax s'est trouvée réduite des quatre cinquièmes. J. B.

A. CHIPAULT. Nécessité de la fixation apophysaire directe pour la guérison durable des déviations vertébrales réduites (*Bull. méd., 11 août 1897*).

Après correction des déviations vertébrales, au laçage des apophyses avec le fil d'argent, A. Chipault a substitué l'application de griffes préparées d'avance. La résistance du rachis ainsi fixé est double de la résistance ordinaire. Ces griffes sont bien supportées, à condition d'être aseptiques, et elles ne font pas tort au développement ultérieur du rachis qui ne s'allonge plus dans les portions qui ont été atteintes d'ostéite.

LEFLAIVE.

FRAIKIN. Luxation traumatique unilatérale de la 7e vertèbre cervicale sur la 1re dorsale (*Journal méd. Bordeaux, 21 nov. 1897*).

Homme atteint des symptômes ordinaires de la compression de la moelle, survenus à la suite de la chute sur la région cervicale d'un sac de blé du poids de 100 kilos. Dépression au niveau de la 7e vertèbre cervicale. Des tentatives d'extension continue de la colonne vertébrale ayant échoué, on pratique, le 7e jour, de fortes tractions qui font disparaître la dépression ; néanmoins la mort survient 4 jours plus tard. A l'autopsie on constate une luxation unilatérale de la 7e cervicale sur la 1re dorsale ; les ligaments du côté gauche ont été arrachés ; la moelle est molle et diffluente. Pas de fractures. A noter dans ce cas : la symétrie des troubles de compression, malgré l'unilatéralité de la luxation. OZENNE.

P. BERGER. Les tumeurs malignes de l'extrémité supérieure de l'humérus et l'amputation inter-scapulo-thoracique (*Bull. méd., 13 juin 1897*).

Dans les cas bien constatés de sarcomes centraux et surtout de tumeurs à myéloplaxes, on se bornera à pratiquer la résection de l'extrémité supérieure de l'humérus.

Pour les sarcomes périostiques ou centraux d'autre nature, bien cir-

conscrits et sans apparence de propagation, on fera la désarticulation de l'épaule.

Toutes les fois qu'il y aura propagation aux muscles, aux parois de l'aisselle, à l'omoplate, on fera l'amputation interscapulo-thoracique qui, plus grave, a d'autre part l'avantage d'enlever les voies de propagation du néoplasme.

Si le malade la refuse formellement, on se bornera à enlever la tumeur par la résection simple de l'extrémité supérieure de l'humérus, qui, même dans ces cas, donne parfois des guérisons durables. LEFLAIVE.

GRIMARD. Contribution à l'étude clinique et thérapeutique des sarcomes de l'os iliaque (*Thèse de Bordeaux, 1897*).

Grimard range les sarcomes de l'os iliaque en 4 grandes variétés selon leur évolution :

1° Forme commune, évoluant en 3 périodes : de douleur, de tumeur, de cachexie ;

2° Forme où la douleur n'apparaît que quand la tumeur a acquis un grand développement ;

3° Forme indolore ;

4° Forme pulsatile.

Parmi les complications (thrombose, embolie, suppuration, compressions) la plus importante est l'obstruction de la filière pelvi-génitale chez une femme enceinte. Le rôle du chirurgien est dicté par les circonstances (volonté de la parturiente ou de la famille, époque de la grossesse, etc.). Mais il doit autant que possible s'attacher à sauver l'enfant soit par un accouchement prématuré, soit, au moment du travail, par une opération césarienne.

Le diagnostic est souvent très difficile, surtout au début, alors que l'intervention chirurgicale aurait le plus de chances de succès. Le seul traitement, susceptible de guérison, est le traitement chirurgical. L'auteur étudie l'ablation de la tumeur et l'ablation de l'os iliaque malade, en totalité. Il préconise ce dernier moyen dont il donne le manuel opératoire.

A. VENOT.

I. — R. ADAMSON et J. Crawford RENTON. The signs and symptoms of perforated gastric ulcer. etc. (*Brit. med. Journ., p. 453, 21 août 1897*).

II. — P. HAWKINS et WALLACE. Idem (*Ibid., 10 avril 1897*).

III. — G.-H. MAKINS et G. TOLLER. Idem (*Ibid.*).

I. — Une domestique, après avoir fait, à 8 heures, un dîner léger, est prise, à 10 heures, d'une douleur violente dans l'abdomen, au niveau de la région épigastrique, sans vomissements ni lipothymie, avec irradiation au cou et à la clavicule gauche. Pouls petit, à 96, collapsus, cyanose légère. Ventre plat, contracté, douloureux à la pression sur l'épigastre ; la percussion donne un tintement métallique au-dessus de l'estomac, à une tympanite notable. On diagnostique une perforation stomacale consécutive à un ulcère rond. Séance tenante, laparotomie ; on tombe sur l'estomac affaissé, tandis que du gaz s'échappe de la cavité péritonéale. La paroi antérieure de l'estomac est le

siège d'une ulcération qui est suturée ; puis lavage au sublimé à 1/600. Guérison.

II. — Femme de 21 ans, souffrant depuis plusieurs mois de douleurs après les repas, et de vomissements, qui ne furent jamais sanglants. Depuis 2 jours les douleurs sont très aiguës et à son entrée à l'hôpital on trouve la malade dans un état grave. T. 39°5, P. 132, faible ; ballonnement du ventre. Laparotomie médiane. On détruit quelques adhérences épiploïques, et on découvre une perforation circulaire au niveau de la paroi antérieure de l'estomac près de l'œsophage avec induration périphérique de la paroi gastrique. On renonce à l'exciser ; sutures de Lembert. Drainage. Lavage du ventre à l'eau stérilisée. Guérison malgré certains accidents.

III. — Femme de 17 ans. Douleurs gastriques après les repas depuis 2 ans, pas d'hématémèses. 24 heures avant son entrée à l'hôpital, la malade fut prise de violentes douleurs dans la partie supérieure du ventre, avec des signes de péritonite par perforation. Opération 26 heures. Laparotomie médiane. Épanchement liquide abondant sous le diaphragme et limité en bas par le foie et l'estomac adhérents. On trouve une perforation gastrique qu'on suture avec des points à la Lembert. Suites normales, sauf des phénomènes d'embolie pulmonaire qui surviennent le 7me jour. J. VANVERTS.

CHAVANNAZ et CARRIÈRE. Tuberculose du cæcum ; ablation, mort (*Journ. méd. Bordeaux*, *6 juin 1897*).

Homme de 42 ans. Tumeur de la fosse iliaque droite. État cachectique. Le 16 mai, incision et mise à nu de la tumeur, formée par le cœcum, le côlon et l'iléon, qui est attirée et laissée au dehors, deux broches étant passées dans le meso. Le 21, incision de l'intestin au thermo-cautère, deux jours plus tard, résection par morcellement du néoplasme ; mort 28 heures après l'intervention. A l'examen histologique, on constate qu'il s'agit d'une tuberculose du cœcum. OZENNE.

DEJARDIN. Tuberculose primitive du rectum (*Ann. Soc. belge de chir.*, *15 mars. 1897*).

Femme de 32 ans, présentant les symptômes d'une fissure intolérante du rectum pour laquelle une dilatation forcée est pratiquée. On note alors une congestion particulière de la muqueuse du rectum et, çà et là, quelques granulations les unes rouges, les autres grisâtres, sans ulcérations. Un mois plus tard, cuisson pendant la défécation, ténesme anal, expulsion de matières recouvertes d'un enduit muco-purulent, glaireux, dont l'examen reste négatif pour le bacille de Koch ou pour le gonocoque. Au toucher, on sent quelques noyaux indurés et, au-dessus d'une surface lisse, un rebord surélevé et induré ; le contact de ces parties est douloureux. Légère tuméfaction des ganglions inguinaux. Des lavages boriqués et à la solution de nitrate d'argent n'ayant amené aucun résultat, on a recours à une nouvelle dilatation, qui permet de constater l'état suivant :

Une ulcération annulaire incomplète, haute de 3 à 3 centimètres 1/2, occupe les quatre cinquièmes antérieures du pourtour de la muqueuse. Le fond est rouge-jaunâtre, les bords rouges tuméfiés, taillés à pic et décollés. De nombreux tubercules miliaires, grisâtres, saillants, sont disséminés sur cette surface ulcérée et sur la portion de muqueuse saine du voisinage. Quelques petites ulcérations, disposées irrégulièrement, se voient au-dessus et autour de la grande ulcération.

Tous les points malades et suspects sont cautérisés au fer rouge. Lavages boriqués et pansements iodoformés. Disparition des accidents locaux. Etat général bon. Toutefois, au bout d'un an, à deux reprises, on a constaté sur les excréments un petit amas muco-purulent. OZENNE.

T. Jenner VERRALL. Ulceration and rupture of gall bladder : operation; recovery *(Brit. med. Journ., p. 341, 7 août 1897).*

Femme de 44 ans, sujette à des coliques hépatiques. Après une de ses crises habituelles, elle est prise de phénomènes simulant une obstruction intestinale, tympanite, vomissements, facies péritonéal et on sent une induration dans la région de la vésicule biliaire. Opération d'urgence, incision médiane sus et sous-ombilicale, qui laisse voir les anses intestinales baignées par la bile et par des exsudats fibrineux. A la surface inférieure de la vésicule biliaire est une perforation qui donne issue à de nombreux calculs. Lavage de la vésicule, suture des parois de l'ulcération, et purgation de calomel. Le drain est retiré au bout de 48 heures; survient une débâcle intestinale et la malade guérit régulièrement.

L'auteur fait remarquer que les signes d'obstruction intestinale étaient produits par de la paralysie de l'intestin et non par un obstacle mécanique et il insiste sur la nécessité de purger, en pareil cas, les malades, malgré leur faiblesse. RENDU.

I. — QUÉNU. Du choix des procédés opératoires dans l'extirpation du cancer du rectum *(Bull. Soc. chir., XXIII, p. 409).*

II. — QUÉNU et HARTMANN. Indications opératoires et traitement du cancer du rectum *(11e Cong. franç. de chir., Paris, p. 521, 1897).*

1° L'extirpation sacro ou périnéo-abdominale doit être réservée au cancer sigmoïde ou recto-sigmoïde ;

2° Dans les cancers anaux ou ano-ampullaires ne débordant pas le cul-de-sac péritonéal, on adoptera la voie périnéale par le procédé de dénudation pré-rectale, décrit antérieurement par l'auteur, avec constitution d'un anus périnéal ou coccygien ;

3° Dans les cancers de l'ampoule on emploiera le Kraske type pour les épithéliomes limités et on laissera la plaie cutanée ouverte. Pour les épithéliomes étendus à toute l'ampoule, on suivra la voie sacrée comme voie d'attaque et le retournement comme traitement du bout supérieur ;

4° Dans les cancers occupant la totalité du rectum, on pratiquera le retournement après avoir abordé la lésion successivement par le périnée et, s'il est nécessaire, par le coccyx et le sacrum ;

5° L'anus iliaque est applicable à la plupart sinon à tous les cas. Il faut profiter de l'incision iliaque pour explorer le siège exact du cancer par rapport au cul-de-sac péritonéal et à l'état des ganglions ;

6° Quand on soupçonne que le retournement sera nécessaire, il faut que l'anus iliaque soit établi aussi près que possible du cancer, de façon à avoir pour la pince, destinée à pratiquer ce retournement, la traversée la plus courte.

Quénu rappporte 9 cas de cancer rectal opérés par ces différents procédés, avec 7 guérisons opératoires et 2 morts. VANVERTS.

OPHTALMOLOGIE.

MACQUIN. Application des phénomènes entoptiques à l'oculistique (*Thèse de Nancy, 1897*).

L'auteur s'est servi, pour faire ses recherches, de l'appareil de Guilloz, lequel se compose d'un oeilleton, construit de telle sorte qu'il embrasse bien le globe oculaire, et porte un trou sténopéique par lequel on fait regarder une série de cercles concentriques équidistants et très noirs tracés sur un verre dépoli à grain fin. Le verre est éclairé par derrière et le sujet ferme l'œil qui n'est pas en expérience. Le patient fixe le centre des cercles; les différentes opacités des milieux de l'œil sont projetées sur le verre dépoli; les lacunes du champ visuel s'accusent également par des ombres. Avec cet appareil, la vision de chacun des points de l'écran est obtenue par le faisceau très mince de rayons qui passe par le trou sténopéique et se réfracte dans l'œil. Si donc deux régions voisines diffèrent par leur courbure, la réfraction différente des rayons qui y cheminent et qui proviennent de points différents de l'écran s'accusera par une irrégularité dans la forme et la distance des cercles observés. Ainsi se décèlera l'astigmatisme irrégulier, résultat d'anciennes kératites; ce résultat ne peut être obtenu avec les autre procédés. ROHMER.

CHALUPECKY. Ueber die Wirkung der Röngenstrahlen auf das Auge und die Haut (Action des rayons X sur l'œil et la peau) (*Centralbl. f. prakt. Augenh., août et sept. 1897*).

L'auteur est arrivé aux résultats suivants : aux propriétés analogues des rayons X et ultra-violets, il faut en ajouter une autre qui est l'excitation des milieux antérieurs de l'œil; les rayons X ne sont pas si anodins que certains auteurs (Sabrazès, Rivière) l'ont prétendu; au contraire, leur action sur l'œil et sur la peau est très intense et nuisible. Les conséquences n'en apparaissent pas immédiatement, mais durent d'autant plus longtemps, et l'on ne peut nier l'accumulation de leur action. Les rayons de Röntgen sont absorbés par les milieux de l'œil, aussi bien par le cristallin et le vitré, qu'en partie par la cornée. L'action sur les membranes postérieures du globe est encore inconnue. La fluorescence, que Widmark avait regardée comme protectrice des tissus contre l'action des rayons ultra-violets, n'a pas été observée avec les rayons X. L'action de ces rayons est avant tout chimique, et secondairement peut-être trophoneurotique. ROHMER.

HESS. Arbeiten aus dem Gebiete der Accommodationslehre (Recherches sur l'accommodation) (*Graefe's Arch., XLIII, 3*).

Déjà, l'auteur avait démontré, contrairement à Tscherning, que la zonule se relâche pendant l'accommodation; aussi, à chaque effort accommodatif, le cristallin s'abaisse selon les lois de la pesanteur, en suivant même l'inclinaison de la tête d'un côté ou de l'autre; le muscle ciliaire ne presse pas le cristallin contre la zone ciliaire : l'ésérine fait contracter ce muscle

beaucoup plus que l'accommodation ; par l'étude de l'image entoptique, l'auteur a trouvé que l'abaissement du cristallin pendant l'accommodation était de 0,3 à 0,35 millimètres. — En étudiant l'influence de la position de la tête sur la distance du *punctum proximum*, Hess a constaté que dans la position inclinée de la tête le proximum était situé plus près de l'œil que dans la position relevée de la tête ; la position de la tête, par contre, n'a aucune influence sur le siège du remotum. Enfin, dans l'effort accommodatif maximum, la face antérieure du cristallin est beaucoup plus rapprochée de la cornée lorsque la tête est inclinée que lorsqu'elle est droite. ROHMER.

OTTO. Beobachtungen über hochgradige Kurzsichtigkeit und ihre operative Behandlung (Considérations sur la myopie élevée et son traitement opératoire) (*Graefe's Arch.*, *XLIII*, *3*).

L'auteur démontre que l'augmentation de réfraction dans la myopie ne peut s'expliquer qu'en supposant un indice de réfraction plus élevé des milieux intra-oculaires, une courbure plus marquée de la cornée, et surtout un allongement de l'axe optique de l'œil. Dans un chapitre, il étudie les altérations du champ visuel dans la myopie élevée ; il a constaté souvent un rétrécissement concentrique très accusé du champ visuel et fréquemment aussi un rétrécissement plus marqué du côté temporal ; autour de la tache aveugle, les couleurs souvent ne sont pas perçues, ou bien il y a même à ce niveau un scotome absolu. L'amélioration de l'acuité visuelle s'observe dans la plupart des cas. Otto est d'avis qu'il faut opérer les deux yeux à un intervalle suffisant pour les laisser guérir séparément. La consanguinité n'existe pas dans les antécédents des myopes forts. Bibliographie importante sur la question. ROHMER.

ROHMER. L'extraction du cristallin transparent contre la myopie forte (*Revue méd. de l'Est*, *1er août 1897*).

L'extraction du cristallin transparent chez les fort myopes donne souvent de très bons résultats. Les indications sont : une myopie de 15 D chez l'adulte, la marche progressive de la maladie, une myopie de 8 à 10 D chez l'enfant. Après l'opération on obtient la possibilité de la vision à distance, l'amélioration de l'acuité visuelle, la faculté de travailler de près à la distance de 20 à 25 centimètres binoculairement, et enfin la suppression de l'accommodation (d'où prophylaxie des décollements rétiniens).

Le procédé sera l'extraction à lambeau chez l'adulte et l'aspiration chez l'enfant, après maturation artificielle du cristallin. Contre les cataractes secondaires il faut éviter la discision. LEFLAIVE.

VACHER. Extraction du cristallin transparent dans la myopie (*Bull. méd.*, *24 mars 1897*).

Chez les sujets âgés de plus de 12 ans, atteints de 13 dioptries au moins de myopie et ayant une acuité visuelle de plus de 1/10, on fera le plus tôt possible l'extraction du cristallin sur un seul œil.

Il ne faut pas faire d'iridectomie, mais instiller de l'ésérine. LEFLAIVE.

R. LÉPINE. Sur un cas particulier de cécité psychique (*Revue de méd., 10 juin 1897*).

Les particularités les plus intéressantes de l'observation publiée par Lépine consistent dans la conservation d'une bonne vision centrale et de la notion des couleurs, la perte des images visuelles de souvenir, l'impossibilité absolue de dessiner et de copier un dessin malgré la conservation parfaite de l'écriture. C. GIRAUDEAU.

E. SIEMERLING et J. BŒDEKER. Chronische fortschreitende Augenmuskellähmung und progressive Paralyse (Ophtalmoplégie chronique progressive et paralysie générale) (*Arch. f. Psychiat., XXVIII, p. 420*).

Relation de 8 cas de paralysie générale compliqués d'une ophtalmoplégie progressive et chronique et ayant donné lieu à des examens post-mortem. A l'occasion de ces faits, les deux auteurs ont entrepris une étude d'ensemble des relations de l'ophtalmoplégie progressive chronique et de la paralysie générale, d'après leurs propres observations et recherches, et celles d'autres auteurs. Ils ont fait ressortir la rareté relative de l'ophtalmoplégie progressive chronique dans le cours de la paralysie générale (environ dans 2 0/0 des cas), tandis que les paralysies passagères des muscles de l'œil sont beaucoup plus fréquentes. D'autre part, leurs recherches anatomo-pathologiques ont démontré que dans ces ophtalmoplégies progressives chroniques associées à la démence paralytique, la lésion en cause intéresse le neurone moteur correspondant en totalité, noyau, nerf et muscles. Il y a tout lieu de supposer que le point de départ du processus est dans le noyau. Jamais du moins les deux auteurs n'ont trouvé l'appareil périphérique lésé, sans participation du noyau. Dans les noyaux le processus consiste dans une dégénération des cellules ganglionnaires et dans une destruction du réseau fibrillaire. Les épaississements de l'épendyme, l'hyperémie et les hémorragies, qu'on rencontre conjointement, ne jouent qu'un rôle tout à fait secondaire dans l'ensemble du processus. Au surplus, dans la plupart des cas, les deux auteurs n'ont pas pu découvrir d'altération proprement dite des vaisseaux. Dans un cas seulement les parois des vaisseaux ont été trouvées épaissies et infiltrées par des noyaux arrondis. Un certain degré d'hyperémie, ainsi que des hémoragies ont été d'observation constante. Il est très vraisemblable que les hémorragies sont survenues très peu de temps avant la mort.

Bref, les observations nouvelles des deux auteurs plaident en faveur de l'opinion qui nous montre dans les ophtalmoplégies progressives chroniques de la paralysie générale l'expression d'une affection primitive des cellules ganglionnaire des noyaux.

Dans un cas on a observé la rétrocession du processus morbide. On sait d'ailleurs que dans le cours de la démence paralytique des paralysies très accusées d'autres nerfs craniens sont sujettes à disparaître très rapidement, à se reproduire de même et à disparaître encore. Ces oscillations dans la marche des manifestations ophtalmoplégiques ont été constatées

chez plusieurs des malades dont les observations figurent dans le mémoire des deux auteurs.

Indépendamment des altérations qui avaient pour siège les noyaux des muscles de l'œil, les deux auteurs en ont constaté dans les noyaux des autres nerfs craniens moteurs (facial, trijumeau, grand hypoglosse), sans qu'on eut constaté, du vivant des malades, des manifestations cliniques corrélatives.

Eu égard à la nature intime du processus nucléaire, les deux auteurs distinguent deux stades différents : dans un second stade, les altérations se distinguent par des modifications de forme (arrondissement, par suite de la perte des prolongements protoplasmatiques, rapetissement) des corps cellulaires. Dans un stade plus précoce, on observe surtout la disparition des granulations. E. RICKLIN.

Louis DOR. De l'amblyopie par l'alcool et le tabac dans la région lyonnaise (*Cong. Assoc. franç, avanc. Sc. St-Étienne, août 1897*).

La plupart de ces amblyopies toxiques reconnaissent l'action combinée de ces deux causes; néanmoins, on a pu prouver expérimentalement la possibilité des amblyopies tabagiques pures ou alcooliques pures, et en clinique la guérison a été obtenue par la suppression de celui des deux agents en cause.

La statistique de Dor père, édifiée depuis vingt ans dans la région lyonnaise, compte 519 cas d'amblyopie toxique sur 47.161 malades observés. La plupart de ces individus absorbaient une moyenne de 100 grammes d'alcool par jour (soit 2 litres de vin) et consommaient 40 grammes de tabac. Comme répartition de sexes, 2 femmes pour 517 hommes, d'un âge moyen de cinquante ans et habitant surtout la ville : 79 0/0 étaient de Lyon.

Le signe capital de l'amblyopie toxique est le scotome central pour les couleurs verte et rouge, avec persistance de la vision du jaune et du bleu.

Contrairement aux daltoniens, ces amblyopes reconnaissent parfaitement toutes les couleurs dans le champ visuel périphérique. Le faisceau central du nerf optique surtout est lésé. A. C.

Carl KUNN. Ueber Augenmuskelkrämpfe bei Athetose (Spasme des muscles de l'œil dans l'athétose) (*Deutsche med. Woch., 10 juin 1897*).

Maçon, âgé de 43 ans. L'athétose porte principalement sur le membre supérieur droit et paraît s'être développée à la suite de deux accidents nerveux en 1892 et 96.

Du côté de l'œil, on observe les phénomènes suivants : si l'on invite le malade à regarder droit devant lui, il incline sa tête à gauche suivant un angle de 30°. Il fixe l'œil droit pendant que le gauche s'incline en bas et en dehors, l'œil droit lui-même ne se trouve pas normalement placé, il est porté un peu en haut et en dehors par rapport à l'ouverture palpébrale. Si l'on cherche à placer la tête droite, l'œil droit prend sa position normale, mais l'œil gauche dévie au dehors au point que le bord extérieur de la cornée se trouve à 1 millimètre de la commissure externe et l'on sent que la tête tend involontairement à reprendre sa position primitive. Les bulbes sont animés de petites

secousses, tout d'un coup l'œil droit cesse de fixer et se porte lentement en haut; brusquement la conjonctive bulbaire se congestionne, l'œil droit se porte fortement en haut et en dehors et l'œil gauche en haut et en dedans; presque en même temps les paupières se ferment, le patient sent ses yeux tourner et applique les mains dessus comme un homme qui est aveugle; la crise dure de sept à dix secondes. Si l'on ferme l'œil droit, l'œil gauche cherche à fixer et le droit se porte en haut et en dehors. Si l'on abandonne l'œil droit, le gauche continue à fixer un certain temps, puis l'œil droit reprend sa position normale. Le malade peut à volonté employer l'un ou l'autre œil pour fixer, le passage de l'œil droit à l'œil gauche se fait facilement mais non l'inverse. La fente palpébrale droite mesure 13 millimètres de hauteur, la gauche 11. La musculature palpébrale fonctionne normalement. Si l'on rapproche un objet à fixer dans la ligne médiane, l'œil droit se porte de plus en plus dans l'adduction, l'œil gauche dans l'abduction, de sorte qu'à la fin les deux yeux sont symétriquement déviés sur la gauche. On observe en même temps du nystagmus rotatoire et un clignement très fréquent. Le mouvement des yeux pour regarder en haut s'opère normalement, mais avec augmentation du strabisme divergent de l'œil gauche. Si, les yeux ainsi fixés en haut, on invite le malade à regarder en bas, on note que les yeux restent fixés en haut et que le malade ne peut abaisser ses regards, il fait des mouvements de tête pour y arriver, mais n'y parvient qu'au bout de 8 à 10 secondes. La pupille droite est un peu plus large que la gauche, toutes les deux sont rondes et réagissent promptement. Pendant l'attaque on ne remarque aucune modification des pupilles. Le fond de l'œil est normal des deux côtés; l'acuité visuelle est à droite $+ 1\ D\ \frac{5}{5}$, à gauche $+ 1\ D\ \frac{5}{15}$. Il y a donc là une contraction des muscles extérieurs de l'œil absolument pareille à celle qu'on observe dans les membres, la gorge, etc. H. DE BRINON.

J. WIDMARK. Sur la position du faisceau maculo-papillaire (*Nord. med. Arkiv, VIII, n° 25, 1897*).

Homme de 54 ans, tabagique, alcoolique, présente un scotome central pour le rouge caractéristique pour l'amblyopie toxique. A l'œil gauche $V = 0,2$, à l'œil droit $V = 0,1$. Un mois après, à l'œil gauche $V = 0,1$, à l'œil droit $V = 3/60$; le scotome de ce dernier œil avait traversé de haut en bas le champ du rouge. A ce moment. petit scotome absolu dans le scotome de couleur. Cinq semaines après, à la sortie de l'hôpital, à l'œil gauche $V = 0,15$, à l'œil droit $V = 5/60$. Mort 3 semaines après la sortie de l'hôpital par fracture de la base du crâne, le malade s'étant jeté d'un 3e étage dans la rue.

L'examen microscopique des nerfs et des tractus optiques montra une dégénérescence du faisceau maculo-papillaire. Sa situation dans les nerfs optiques et le chiasma correspondait à peu près en détail à ce qu'avaient indiqué des explorations antérieures. Au tractus, il prenait position d'abord en haut en dedans, au contact avec la base du cerveau. Mais même avant que le tractus eût atteint le pédoncule cérébral, sa partie supérieure s'était portée en dehors, de sorte qu'il présentait une direction d'en bas et d'en dedans en haut et en dehors. Le faisceau maintenait cette position sur tout le parcours du tractus. A droite, on pouvait suivre le faisceau jusqu'à la partie antérieure du ganglion géniculé externe, où il continuait à conserver sa position dorso-latérale. La dégénérescence est surtout marquée dans et immédiatement devant le canal optique. Elle diminue en haut et en bas. Elle est moins prononcée à gauche qu'à droite et cesse à environ 25 millimètres en avant du ganglion géniculé externe. H. FRENKEL.

S. OPPENHEIMER. Atrophy of the optic nerve from lactation (*N. York med. Journ., p. 401, 20 mars 1897*).

Une femme de 29 ans accouche normalement (pour la 4e fois) d'un enfant à terme. Sept ou huit semaines après, alors qu'elle nourrissait son enfant, elle se plaignit de brouillards obscurcissant la vision de l'œil gauche : on constatait un léger degré d'inflammation de la papille, et la malade pouvait à peine compter les doigts à 50 centimètres. L'état général était assez mauvais : pâleur, anémie, céphalalgies : dans l'urine, un excès d'acide urique, sans albumine.

L'allaitement fut aussitôt suspendu, et grâce à un traitement tonique la vision s'améliora; au bout de 4 mois, la malade pouvait compter les doigts à une distance de 3 mètres; mais à ce moment on constata une atrophie distincte du nerf optique. P. MAUBRAC.

Fr. HOLMGREN. Le grossissement dans un cas de macropsie (*Nord. med. Arkiv, VIII, n° 7, 1897*).

L'auteur a contracté par éblouissement un scotome central relatif de l'œil droit. Dans la région de ce scotome, il présente de la métamorphopsie et de la macropsie. Il a mesuré le grossissement par la méthode suivante : Il place, par comparaison: deux objets similaires l'un à côté de l'autre dans le champ visuel, objets dont l'un n'est vu que par l'œil droit et l'autre par l'œil gauche. Il réduit ensuite l'objet visé par l'œil droit aux dimensions nécessaires relativement à celui de l'œil gauche pour qu'ils paraissent d'égale grandeur, la différence obtenue constituant la mesure du grossissement. Il a constaté que le grossissement est de 2 1/2 à la distance de 5 mètres. H. FRENKEL.

I. — Richard GREEF. Ueber Pseudogliome der Retina (*Berlin. klin. Woch., 23 août 1897*).

II. — HIRSCHBERG. Ueber Gliome und Pseudogliome der Retina (*Ibid., 21 juin 1897*).

I. — Les premières phases du développement du gliome rétinien échappent à l'observation, car cette tumeur ne se rencontre que sur des enfants du premier âge et reste longtemps latente. Le premier phénomène qui inquiète les parents est l'apparition d'une tache jaune dans la profondeur de l'œil ; elle est due à la rétine qui, refoulée en avant avec les nodosités de la tumeur, vient former dans le corps vitré des saillies bosselées d'aspect blanc jaunâtre. Malgré la découverte de l'ophtalmoscope, des erreurs de diagnostic sont encore possibles et parfois même inévitables. C'est le cas en particulier pour certains décollements de la rétine. A l'hôpital ophtalmique de Londres, T. Collins compte 29 0/0 d'yeux enucléés de 1888 à 1892, pour faux diagnostic ; dans la collection de O. Becker, Heeb en a trouvé 25 0/0 ; dans celle de la clinique ophtalmologique de Berlin, Greeff en a découvert 19 0/0. L'examen microscopique, à l'état frais, des yeux énucléés peut seul rendre compte de la manière dont se produit la teinte jaune des pseudo-gliomes. Dans un gliome vrai les noyaux morbides ressemblent à de la substance cérébrale très molle et un peu granuleuse, à la bouillie du millet.

A leur surface, se voient toujours des vaisseaux plus ou moins flexueux

ou dilatés. La masse morbide, jamais entièrement uniforme, présente des parties blanc gris. Ces taches crayeuses sont composées de parties mortes dégénérées consistant tantôt en détritus graisseux, tantôt en calcifications.

Quant aux pseudo-gliomes occasionnés par un décollement rétinien, ils se présentent sous les aspects les plus divers.

Les caractères différentiels entre le gliome et le pseudo-gliome rétinien sont : 1° La présence à la surface des bosselures de vaisseaux de nouvelle formation dans beaucoup de pseudo-gliomes. Mais, d'une part, les vaisseaux dilatés de la rétine devenue proéminente peuvent tout à fait les simuler, et, d'autre part, soit dans le faux, soit dans le vrai gliome, quand il est très avancé, il peut arriver qu'on n'aperçoit que la rétine dégénérée avec ses vaisseaux propres. 2° La tension intraoculaire qui, dans le gliome est normale, ou accrue à une phase avancée, tandis que dans le pseudo-gliome, elle est généralement un peu diminuée ; mais ici encore il y a des exceptions. 3° L'âge du malade.

Il n'existe aucune observation irréfutable du gliome rétinien chez l'adulte ; c'est dès la première ou la deuxième année de la vie qu'on les observe le plus souvent. Au delà de 6 ans, Greeff met en doute son existence. 4° La ponction exploratrice à travers la sclérotique dans le but d'extraire de quoi reconnaître sous le microscope si on a affaire à un gliome qui réclame l'énucléation sans retard ou seulement à un exsudat choroïdien. La ponction exploratrice est très préconisée par Schweigger.

II. — Hirschberg a opéré, depuis 1893, 17 cas de gliome rétinien, qu'il divise en deux groupes. Le premier groupe est composé des 10 cas dans lesquels l'examen de l'œil énucléé a montré que le néoplasme était encore limité à la rétine. Aucun des opérés n'a succombé, ni eu de récidive. En revanche, les 7 cas du second groupe, opérés alors que la tumeur avait déjà dépassé la rétine, ont tous eu une issue fatale. J. B.

PRIOUZEAU. Essai sur l'étiologie du chalazion (*Thèse de Paris*, *1897*).

Le chalazion, maladie de l'âge mûr, est plus fréquent aux paupières inférieures qu'aux supérieures, et au printemps qu'à un autre moment de l'année ; il est souvent accompagné d'un peu de conjonctivite, qu'il provoque, ou qui est entretenue par des troubles de réfraction (dans 95 0/0 des cas, on a rencontré des amétropies). La conjonctivite à chalazions est remarquable par le nombre des rechutes et par sa contagiosité ; sans microbe spécifique, on y a trouvé le staphylocoque, le pneumocoque de Friedlander, le diplobacille de Morax, le streptocoque, le leptothrix, etc. Le staphylocoque blanc, qui est celui qu'on rencontre le plus souvent, semble avoir pour les glandes de Meibomius la même prédilection que pour les autres glandes cutanées ; les troubles de sécrétion ou d'excrétion des glandes de Meibomius sont toujours le point de départ du chalazion. Celui-ci est, en somme, une granulose résultant de l'irritation du tarse par la glande enflammée, et cette inflammation est elle-même causée par une conjonctivite entretenue ou occasionnée par des troubles de réfraction. La nature microbienne de l'affection étant reconnue, il y a lieu de joindre un traitement à l'opération. Le traitement sera surtout prophy-

lactique. Les médicaments qui ont paru les plus actifs sont le nitrate d'argent et le sulfate de cuivre. ROHMER.

DE WECKER. Le tatouage cornéen optique (*Ann. d'oculist., août 1897*).

Actuellement on ignore encore généralement que le tatouage n'est pas exclusivement une opération cosmétique et qu'il est susceptible de restituer une quotité de vision très notable et parfois surprenante. Lorsqu'on pratique une iridectomie ou mieux, une sphinctérectomie pour des leucomes centraux de la cornée, recouvrant plus ou moins complètement la pupille, l'on est surpris de voir combien peu on augmente l'acuité visuelle, mesurée avant et après l'opération à la lumière artificielle. Les conditions de la vision se relèvent parfois très notablement si l'on procède au tatouage de la cornée et surtout à la coloration des parties semi-transparentes qui empiètent sur la pupille naturelle et artificielle. La tache à tatouer est d'abord circonscrite avec une aiguille, puis tout le reste est piqué à son tour en enfonçant l'aiguille verticalement et non obliquement l'encre de Chine est appliquée en pâte assez épaisse pour qu'elle ne s'écoule pas facilement. On s'aidera avantageusement de l'éclairage électrique. Une seule séance suffira souvent pour arriver au but. ROHMER.

L. STEINER. Uebersicht ueber 3104 Fälle von Augenkrankheiten bei Malayen (*Batavia, 1896*).

Chez les Malais de Java, le trachome avec des complications secondaires forme les 30 0/0 des 3,104 cas d'affections oculaires traités par Steiner.

L'ophtalmie purulente est aussi très fréquente, à en juger par les altérations qu'elle entraîne à sa suite, et on a rarement l'occasion de la soigner. à l'état récent. Le ptérygion est commun mais moins que le faux ptérygion dû au travail de cicatrisation des ulcères cornéens et dont l'opération est rarement indiquée, parce qu'il recouvre souvent une ancienne perforation et protège ainsi en quelque mesure contre une infection secondaire.

Les affections phlycténulaires sont extrêmement rares, ce que Steiner attribue à la vie au grand air que permet le climat chaud. Les anomalies de la réfraction et le strabisme sont également peu répandus, ce qui s'explique par l'état peu avancé de la civilisation et de l'instruction. Une des opérations les plus courantes est l'iridectomie optique, à cause de la grande fréquence des leucomes de la cornée. Le tatouage de la cornée a donné d'excellents résultats, non seulement pour masquer des cicatrices disgracieuses, mais souvent aussi pour améliorer l'acuité visuelle.

J. B.

BEIVEL. Les affections oculaires et la cécité chez les cosaques d'Orenbourg (*Thèse de St-Pétersbourg, 1897*).

B. a examiné 10,233 cosaques de la stanitza Tchelabine du gouvernement d'Orenbourg. 21 0/0 de la population sont atteints de diverses

affections oculaires dont 15 0/0 d'affections de la conjonctive. Le trachome a été constaté chez 2,8 0/0 de la population, avec complications graves chez 1,8 0/0 (absence de traitement). La cécité incurable a été trouvée chez 55 cosaques, soit 0,54 0/0 ce qui constitue un taux élevé. Les causes de la cécité sont : les granulations, 45,5 0/0, les kératites, 14,6 0/0, la variole. 12,7 0/0, le glaucome 7,3 0/0. Les borgnes constituent 1 0/0 de la population. H. FRENKEL.

I. — KŒNIG. Guérison spontanée de la cataracte (*Progrès méd.*, *1er mai 1897*).

II. — CHEVALLEREAU. Guérison spontanée d'une cataracte sénile (*France méd.*, *9 juill. 1897*).

I. — Une dame de 70 ans se plaint de troubles de la vue depuis 5 ans. Depuis plusieurs années elle avait été reconnue comme diabétique, mais la glycosurie était intermittente ; elle ne pouvait plus lire, et avait une vision très confuse des objets. A l'examen des yeux, et surtout à gauche, on constate des opacités du cristallin occupant la région équatoriale, sous forme de stries transversales ; le centre est entouré d'une auréole brumeuse, opaque. Deux ans après la malade n'avait plus de brouillards de la vue et pouvait lire ; il n'y avait plus trace d'opacité à droite ; le cristallin était transparent à gauche, on ne voyait plus que quelques opacités périphériques en bas et en dedans. Il y avait encore une légère glycosurie. H. L.

II. — Un homme de 80 ans avait du côté gauche une cataracte complète dont le début remontait à 3 mois. L'œil droit était sain. Cette cataracte bien constatée à l'ophtalmoscope ne fut pas opérée aussitôt par suite des occupations du malade. Celui-ci se représenta à l'examen deux mois et demi plus tard ; la vue s'était rétablie ; la cataracte avait disparu ; le cristallin était transparent, sauf une légère opacité centrale et quelques nébulosités. Vue très bonne, sauf une hypermétropie de 2,50 dioptries. Les urines n'ont pas été analysées. Aucun signe clinique n'indiquait de la glycosurie. Le malade n'a suivi aucune médication. LEFLAIVE.

Howard MORTON. The insertion of an artificial globe into Tenon's capsule, with preservation of the functions of the ocular muscles (*New York. med. Journ.*, *p. 585*, *30 oct. 1897*).

Mlle J. C., âgée de 24 ans, a perdu la vision de l'œil gauche à l'âge de 9 mois, à la suite d'une inflammation aiguë qui succéda à une méningite cérébro-spinale. L'œil ne causa aucun ennui (excepté la perte absolue de la vision) jusqu'en février 1897. A cette époque il devint rouge et douloureux ; on constata une iridocyclite, avec quelques troubles sympathiques de l'œil droit ; l'énucléation immédiate de l'œil gauche était indiquée.

Une incision circulaire est faite sur la conjonctive au niveau du limbe cornéen ; le droit interne est libéré de toutes ses adhérences jusqu'à son point d'insertion sur le globe oculaire ; on le sectionne en son point d'insertion sur la sclérotique : un fil de catgut est passé dans son tendon. On traite de même les droits externes, supérieur et inférieur ; quant aux muscles obliques, on les coupe sans les fixer par un fil de catgut, et ils se rétractent aussitôt. Le globe oculaire est enlevé et on arrête soigneusement toute hémorragie. Un globe oculaire artificiel, sous forme d'une boule de verre, est placé dans la cavité auparavant occupée par le globe oculaire, et on rabat sur lui la portion pariétale et une partie de la couche viscérale de la capsule de Ténon. Les fils de suture qui

maintiennent les droits externe et interne sont noués une première fois; les fils des droits supérieur et inférieur sont également noués, et enfin un nœud commun placé à l'intersection des fils assure une adaptation parfaite des muscles sur le globe de verre, dans la même situation qu'ils avaient sur l'œil naturel. Les sutures au catgut et le globe de verre furent recouvert par la conjonctive que l'on sutura à la soie. Les muscles furent retenus dans leur situation grâce au processus d'inflammation adhésive qui unit la conjonctive avec les parties voisines, qui était terminé avant que les sutures ne fussent absorbées.

La réaction fut très légère, et ne causa ni douleur, ni fièvre. La pression sur l'œil n'était pas douloureuse, et au bout de 3 semaines la patiente portait un œil artificiel avec facilité.

P. MAUBRAC.

JANKELEWISCH. De la cure radicale de la fistule lacrymale (*Thèse de Paris, 1897*).

Pour toutes les fistules lacrymales, à quelque genre qu'elles appartiennent, il existe une série de traitements d'une efficacité certaine : c'est la cure radicale, qui consiste à ouvrir largement le trajet fistulaire à ciel ouvert, le cautériser au thermocautère, laisser la plaie se cicatriser lentement, en tamponnant le trajet fistulaire et en cas de besoin le sac lacrymal avec des substances antiseptiques. L'auteur pense que tout autre traitement que celui-ci est aveugle et livré au hasard, attendu qu'on n'est jamais certain d'avoir détruit tout le trajet fistuleux.

ROHMER.

I. — S.-D. RISLEY. Defective vision in our public schools (*Sixth annual Report of the State Board of Health of Pensylvania, p. 532*).

II.— Adolf STEIGER. Astigmatismus und Schule (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, 15 mai 1897*).

I. — Risley a examiné, dans les écoles publiques de Philadelphie, 2.422 yeux ; 1.084 parmi eux avaient une acuité visuelle inférieure à la normale et 1099 présentèrent des troubles plus ou moins considérables résultant de la lecture.

La myopie débute dans les classes inférieures, à 8 ans et demi, par la proportion de 4,33 0/0, et elle augmente continûment de fréquence pour atteindre 19,33 0/0 à 17 ans et demi.

II. — L'administration scolaire de Zurich fait examiner, quelques semaines après la rentrée des écoles primaires, les yeux et les oreilles de tous les élèves, dans le but de prévenir la myopie et de pouvoir donner des places convenables aux enfants dont la vue ou l'ouïe sont défectueuses. Pour les yeux, les instituteurs ont reçu des instructions de Steiger qui leur permettent de procéder à un examen préalable et de lui signaler tous les enfants qui n'ont pas à chaque œil une vision égale à I.

En 3 ans, Steiger a examiné, avec l'ophthalmomètre de Javal, 5.954 élèves âgés de 6 à 8 ans, appartenant, en nombre à peu près égal, aux deux sexes. La proportion des yeux anormaux était de 14 0/0 chez les garçons et de 17 0/0 chez les filles.

Sur les 936 enfants atteints de faiblesse visuelle, celle-ci était causée dans la moitié des cas par l'astigmatisme, fait qui surprendra beaucoup.

Les enfants astigmatiques sont immédiatement pourvus de verres cylindriques. J. BEX.

HILBERT. Ein Fall von Geschmacksphotismen (*Klin. Monats. f. Aug., 1897*).

L'auteur cite le cas de sa propre fille, âgée de 7 ans, chez laquelle il y avait des sensations associées entre l'œil et l'odorat. L'odeur du lait de bonne qualité était associé à la couleur jaune; le lait avait-il une odeur désagréable, l'enfant voyait brun, et même gris et noir quand l'odeur était tout à fait mauvaise. Lorsque le lait était sucré, il provoquait la vision bleu, et à un degré plus fort, le bleu foncé.

La mère de l'enfant avait cette même sensation double dans son jeune âge, et cela disparut avec les années. ROHMER.

L. LUBLINER. Sur les relations entre les affections des voies lacrymales et celles des cavités nasales (*Therap. Monats., déc. 1897*).

Sur 94 malades atteints d'épiphora, 5 seulement n'avaient aucune affection nasale. Parmi les autres, 34 présentaient de la rhinite hypertrophique, 30 de l'ozène, 8 de la scrofulose nasale, 5 du catarrhe chronique, 5 des polypes des cornets, de la cloison, 3 de la sinusite maxillaire, 2 de la nécrose syphilitique, 1 de la tuberculose nasale, 1 des végétations adénoïdes. Le mécanisme de l'obstruction des voies lacrymales est double. Dans la première catégorie des causes qui agissent sur la portion inférieures et sur l'embouchure du canal lacrymal par compression entrent : 1° l'hypertrophie du cornet inférieur; 2° les tumeurs, principalement les polypes; 3° certaines sinusites maxillaires. La deuxième catégorie des causes qui agissent par propagation de la lésion sur le canal et sur le sac lacrymal sont : 1° l'ozène, 2° les sinusites suppurées avec accumulation du pus dans le conduit nasal inférieur; 3° la rhinite scrofuleuse ; 4° la carie des os du nez, la syphilis, la tuberculose, le lupus ; 5° le rhinosclérome et certaines maladies infectieuses.

Dans toutes les affections des voies lacrymales, il convient de rechercher l'existence des lésions du nez et des cavités nasales. H. FRENKEL.

W. UHTHOFF. Ein Beitrag zu den Sehstörungen bei Zwergwuchs und Riesenwuchs resp. Akromegalie (*Berlin. klin. Woch., 31 mai, 7 et 21 juin 1897*).

A) *Troubles oculaires dans le nanisme par atrophie du corps thyroïde.* — Fillette de 14 ans dont le développement avait été normal jusqu'à l'âge de 9 ans où elle eut une pneumonie. Depuis lors sa croissance s'est arrêtée ; chez cette enfant, qui ne présente pas de trace de crétinisme ni de myxœdème, l'atrophie du corps thyroïde a entraîné un arrêt du développement physique et amené, secondairement et graduellement, une hypertrophie du corps pituitaire, cause de l'hémiopie temporale. Uhthoff signale l'importance d'une hémiopie temporale comme symptôme de l'hypertrophie de la glande pituitaire.

B) *Troubles oculaires dans l'acromégalie.* — 1° Jeune homme de 16 ans ; son développement corporel n'est devenu exagéré qu'à la suite d'une pneumonie, survenue à l'âge de 4 ans; jusqu'à 10 ans, il a encore eu 3 atteintes de la même affection pulmonaire. A partir de 1894, il a été produit dans différentes

villes d'Europe comme enfant géant. Depuis son enfance, il a toujours beaucoup bu et plus tard été sujet aux douleurs de tête et à d'abondantes épistaxis; les unes et les autres ont cessé maintenant; en février et mars 1896, chute considérable de cheveux. La taille du jeune malade est de 194 centimètres; les pieds, plats, ont une longueur de 35 centimètres; le pourtour des mollets est de 42 centimètres, celui des cuisses de 58; celui de la paume des mains de 28; celui du pouce de 10, de même celui du médius; celui des poignets de 24 centimètres. Il y a disproportion entre les bras et les avant-bras, car les os sont d'autant plus volumineux qu'ils sont plus périphériques. La circonférence de la tête mesure 62 centimètres; la distance qui sépare l'occiput du menton, en passant par la voûte du crâne, est de 75 centimètres. Les maxillaires inférieurs et la langue sont très gros. Voix puérile. Au moindre mouvement, le malade est pris d'oppression et de sueurs; celles-ci sont plus marquées du côté droit de la face et du tronc ainsi que sur le membre supérieur correspondant. Les urines sont profuses et contiennent jusqu'à 4 0/0 de sucre. Depuis un an, la vision a baissé; il existe une hémiopie temporale bilatérale, mais beaucoup plus accusée à gauche, où la pupille offre une décoloration atrophique, qu'à droite où il n'y a encore rien de semblable et où le rétrécissement du champ visuel est encore limité aux couleurs. Les réactions pupillaires et les mouvements oculaires sont normaux des deux côtés; la distance entre les pupilles est de 73 centimètres; les fentes palpébrales sont très larges.

2° Etudiant de 24 ans, chez lequel les symptômes de l'acromégalie ont commencé il y a 3 ans. Actuellement le cas est typique; diplopie depuis peu. Il y a hémiopie homonyme latérale droite pour les couleurs seulement; mais un examen périmétrique minutieux montre que pour l'œil gauche, le trouble des couleurs s'étend déjà au segment supéro-externe du champ visuel, preuve que, comme dans les 2 cas précédents, il y a envahissement du chiasma (ici dans son faisceau croisé droit). Pas de réaction hémiopique des pupilles qui réagissent normalement à la lumière; pas de troubles de l'accommodation. Les mouvements oculaires sont normaux, sauf une paralysie presque complète des mouvements de convergence avec diplopie correspondante. Rien encore à l'examen ophtalmoscopique. Urine ne renfermant ni sucre ni albumine. A partir d'octobre 1896, aggravation; le malade, devenu dément, garde le lit, a de l'incontinence d'urine et vomit parfois; mort le 20 décembre par pneumonie hypostatique. A la base du cerveau, immédiatement au-dessus de la protubérance, sarcome écartant les deux pédoncules cérébraux en arrière et pénétrant dans le 3e ventricule; du côté gauche, la tumeur a envahi la partie antéro-interne de la fosse moyenne du crâne, en refoulant la dure-mère qui fait une voussure considérable. A l'œil nu, il ne subsiste aucun vestige de la bandelette optique gauche; le chiasma est raréfié; le nerf optique gauche ne persiste qu'à l'état de mince ruban à la surface d'une des proéminences de la tumeur; immédiatement avant le chiasma, la bandelette optique droite offre un étranglement. Du côté gauche, le sarcome étreint les nerfs moteur oculaire commun, pathétique et trijumeau, au niveau du passage à travers la dure-mère. Il ne reste que quelques lamelles du corps du sphénoïde atrophié par la tumeur qui s'est substituée à lui.

Pour Uhthoff, dans la plupart des cas d'acromégalie où il y a atrophie du nerf optique, celle-ci est une dégénération descendante secondaire à la compression du chiasma. Le trouble oculaire le plus commun est l'hémiopie temporale dont on compte déjà plus de 50 observations sur les 150 cas de troubles oculaires acromégaliques. Il n'existe encore aucun fait indubitable de troubles unilatéraux de la vue ou du champ visuel imputables uniquement à une lésion du tronc du nerf optique. L'hé-

myopie homonyme latérale est également exceptionnelle dans l'acromégalie. Dans la dernière observation d'Uhthoff, la paralysie pure et complète de la convergence, malgré le bon fonctionnement des droits internes dans les mouvements associés de latéralité, est due à la lésion du centre des mouvements convergents par la progression dela tumeur jusqu'à la partie postérieure du 3e ventricule. J. B.

BAUDRY. Démonstration d'un procédé pour provoquer la diplopie monoculaire..... (*12e Cong. internat. Moscou, août 1897*).

Parmi les causes d'erreur inhérentes à l'emploi du prisme, il faut signaler la différence assez sensible de netteté et de coloration entre l'image réelle et l'image virtuelle dont les bords sont irisés; de plus, la forme spéciale des verres employés, permet au simulateur de reconnaître qu'on lui a placé tantôt la base ou l'arête du prisme, tantôt le prisme lui-même ou le bi-prisme devant les yeux. Le procédé de Baudry permet de supprimer à peu près complètement ces divers inconvénients, et d'obtenir des images doubles assez semblables pour que le simulateur ne puisse distinguer l'image virtuelle de l'image réelle, ni reconnaître que la double image est l'effet de la diplopie monoculaire ou de la diplopie binoculaire. Enfin, la disposition de l'instrument est telle que le simulateur ne peut pas davantage constater qu'il a, devant l'œil déclaré sain, la base du prisme seul ou le prisme tout entier, même s'il a connaissance du mécanisme de l'appareil. ROHMER.

DARIER. Opération du ptosis complet par autoplastie ou greffe musculaire (*Ann. d'oculist., août 1897*).

L'auteur utilise le muscle orbiculaire des paupières qu'il rattache au frontal, voici comment : la paupière étant bien tendue sur la plaque d'écaille, on fait deux incisions pour tailler un lambeau ovalaire parallèle au bord palpébral. Ce lambeau de peau, de 3 millimètres de large sur toute la longueur de la paupière, doit être excisé avec beaucoup de soin pour que le muscle orbiculaire sous-jacent reste intact. On découpe alors deux languettes du muscle orbiculaire qu'on laisse adhérer encore à leur base; puis, faisant une incision dans le sourcil, longue de 2 centimètres environ, on décolle la peau de la paupière de haut en bas, jusqu'à ce qu'on soit arrivé au niveau de l'incision palpébrable. Alors, passant une pince par dessous ce tunnel cutané, on va saisir une des languettes du muscle orbiculaire antérieurement préparée et on l'attire jusqu'à l'incision sourcilière. Là, au moyen d'un fil, on suture à la lèvre supérieure de la plaie la languette musculaire; l'autre est saisie et suturée de la même façon à l'autre extrémité. Il ne reste plus alors qu'à détacher la base de chacune des languettes musculaires pour la suturer au cartilage tarse et à la lèvre inférieure de l'incision palpébrale. ROHMER.

PARINAUD. Nouveau procédé opératoire du ptosis (*Ann. d'oculist., juill. 1897*).

Avec la pince à verrou, on saisit la conjonctive au niveau du bord du

cartilage, on pratique avec les ciseaux, parallèlement à ce bord, une incision de 12 à 15 millimètres; on libère la conjonctive de ses adhérences, de manière à découvrir le globe oculaire et le muscle droit supérieur. On saisit celui-ci avec la pince, plus ou moins haut, suivant l'effet à obtenir et l'on passe l'une des aiguilles au-dessous du muscle en comprenant la capsule avoisinante. Dans un troisième temps, chacune des aiguilles est passée, d'abord dans le bord du lambeau conjonctival, puis traversant le tendon du muscle releveur de la paupière, glisse entre le cartilage et la peau pour venir sortir au niveau des cils. Les deux aiguilles doivent sortir à 7 ou 8 millimètres de distance l'une de l'autre. On termine l'opération en nouant les deux extrémités du fil sur un morceau de sparadrap ou de coton hydrophile. En serrant suffisamment, on découvre non seulement la pupille, mais toute la cornée. Le fil est enlevé le 4e ou 6e jour. Dans le ptosis paralytique, on peut réséquer avec des ciseaux courbes une partie du cartilage, ce qui a l'avantage de faciliter l'introduction des aiguilles.

ROHMER.

ZIMMERMANN. Beitrag zur Therapie der Thränensackleiden (*Klin. Monatsbl. f. Aug.*, *août 1897*).

L'auteur recommande un traitement méthodique pour les maladies des voies lacrymales, et s'élève surtout contre l'abus du cathétérisme pour le moindre larmoiement; il recommande surtout le massage du sac qui lui a donné d'excellents résultats : dans 2 cas, des mucocèles traités pendant plusieurs semaines par des sondages et des injections sans résultats appréciables, furent rapidement modifiés et même guéris par le massage répété cinq ou six fois par jour par le malade lui-même; même une fistule lacrymale consécutive à l'extirpation du sac fut guérie de cette façon. C'est, en somme, un moyen fort simple, qui, suivant les circonstances, pourra être combiné avec d'autres méthodes de traitement. ROHMER.

I. — J. VADON. De l'extirpation du sac lacrymal dans les dacryocystites (*Thèse de Lyon*, *1897*).

II. — Et. ROLLET. Même sujet (*Lyon méd.*, *2 mai 1897*).

I et II. — Cette opération est indiquée: 1° dans la dacryocystite catarrhale subaiguë ou chronique où le traitement par la sonde ne donne pas de résultats; 2° quand le traitement par la sonde n'est pas possible pour une raison quelconque; 3° quand une opération intra-oculaire est nécessaire (cataracte); 4° dans les tumeurs lacrymales, mucocèle, empyème subaigu ouvert ou fermé; quand la paroi est épaissie et sclérosée ou, au contraire, mince et friable (varice lacrymale); 5° dans la dacryocystite aiguë, si l'on peut attendre le retour à la période subaiguë ou chronique; 6° dans les fistulettes chroniques, sans inflammation périphérique.

La guérison de la dacryocystite s'obtient en 9 jours, le larmoiement diminue au bout de 20 jours et disparaît graduellement. Les complications éloignées : persistance de l'épiphora, récidives inflammatoires et de l'ectropion ne sont constatées que dans 10 0/0 des extirpations.

La guérison de l'épiphora serait due, d'après les expériences de l'auteur sur le chien, à un processus atrophique de la glande lacrymale.

H. FRENKEL.

SACHS. Ueber das Sehen der Schielenden (Sur la vision des strabiques) (*Graefe's Arch., XLIII, 3*).

L'auteur a cherché à se rendre compte si la vision du strabique est une vision binoculaire et s'il se produit chez eux un fusionnement des images de chaque œil; ses recherches ont porté uniquement sur des sujets atteints de strabisme convergent et ayant une bonne acuité des deux yeux. Il a trouvé que le strabique doit être considéré comme un individu qui voit simple des deux yeux, parce que dans l'étendue du champ visuel il ne voit jamais qu'avec l'un ou l'autre œil; d'où l'on peut conclure que la conception de Helmholtz sur la vision des strabiques ne supporte pas la critique, tandis que la théorie de Hering rend facilement compte des faits. Il est cependant un point qu'il faut envisager de plus près : c'est l'existence fréquente d'une projection non identique de deux fovea chez les strabiques. Dans bien des cas, la projection est identique, mais à condition que l'excitation visuelle ne se produise que sur la fovea; par contre, si l'on place les deux objets dans les lignes visuelles, mais sans les masquer par les parties périphériques de la rétine, alors la projection des deux fovea ne paraît plus identique. Le passage de l'attention de l'objet qui provoque la fixation de l'œil sain à celui qui impressionne la fovea de l'œil strabique serait accompagné d'impulsions motrices dues à l'excitation des parties périphériques de la rétine de l'œil sain, mais l'excitation de la fovea de l'œil dévié a un effet frénateur sur ces mouvements, qui ne se produisent pas, mais se traduisent seulement par la localisation des impressions de la fovea de l'œil strabique.

ROHMER.

A. SENN. Typische Hornhauterkrankung bei Anilin-Färbern (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, n° 6, 15 mars 1897*).

Teinturier de coton, âgé de 41 ans, dont la vision, surtout à droite, a beaucoup baissé depuis un an : déjà, depuis plusieurs années, il avait fréquemment une sensation d'ardeur dans les yeux, de la photophobie et de violentes douleurs pongitives.

La cornée droite présente une bande couleur sépia, de 2 millimètres 1/2 de haut sur 6 de large, s'étendant de dedans en dehors dans l'interstice palpébral; la cornée est mate et comme enduite de marbrures chatoyantes. A l'éclairage latéral dans la chambre obscure, la bande colorée est formée par une traînée de dix à douze vésicules, de 1 millimètre 1/2 de diamètre, qui sont placées, sans ordre et séparées par de petits intervalles, à côté et au-dessus les unes des autres. De ces vésicules, résultant de soulèvements épithéliaux, les unes sont pleines d'un liquide clair comme de l'eau, les autres rompues et forment de petites dépressions superficielles. Sur tout le trajet de la traînée sépia, l'épithélium intermédiaire et les couches supérieures du parenchyme cornéen offrent un léger trouble diffus qui s'étend circulairement autour des parties colorées, de 1 à 2 millimètres dans la cornée normale, en diminuant graduellement d'intensité.

La conjonctive bulbaire de la fente palpébrale est également colorée en brun jaunâtre intense, sous forme de deux triangles équilatéraux de 3 millimètres à la base, appuyés contre le limbe en dehors et en dedans.

L'œil gauche présente les mêmes lésions.

L'examen des 35 ouvriers de cette teinturerie en a montré 17 exempts de cette affection oculaire ; 10 offraient seulement la teinte caractéristique de la conjonctive, tandis que les 8 autres présentaient en même temps les altérations de la cornée décrites plus haut. Des 17 ouvriers ayant la conjonctive et la cornée indemnes, 11 étaient âgés de moins de 30 ans et aucun ne travaillait dans l'établissement depuis plus de 4 ans 1/2 ; quant aux 6 autres, plus âgés, aucun n'était, à proprement parler, occupé à la teinture.

Des 10 ayant uniquement la conjonctive affectée, 6, âgés de moins de 40 ans, ne travaillaient en moyenne que depuis 3 ans à la teinture. Enfin les 8 chez lesquels la cornée était aussi atteinte avaient tous plus de 40 ans et exerçaient leur métier depuis 8 ans au moins.

Cette affection oculaire est due aux vapeurs chaudes qui se dégagent du noir d'aniline (quinones, produits d'oxydation volatils de l'aniline). J.B.

NESNAMOFF. Zur Behandlung des Trachoms mit Iodlösungen (*Centralbl. f. prakt. Augenh., août 1897*).

L'auteur recommande comme un moyen infaillible, les badigeonnages de la conjonctive granuleuse avec une solution de 1 ou 2 0/0 dans l'huile de vaseline, à laquelle on ajoute un peu d'éther pour faciliter la solution ; ce traitement peut être employé dans toutes les formes du trachome, sauf dans la phase aiguë, et même contre le pannus. Il faut retourner les paupières et avec un petit tampon d'ouate trempé dans la solution, passer 2 ou 3 fois sur la conjonctive malade. L'auteur n'a jamais observé de complications. Il recommande des injections de la même solution dans le sac lacrymal suppuré ; le pus est bientôt remplacé par du mucus, et il est alors facile de guérir la dacryocystite par les moyens ordinaires.

ROHMER.

BAXTER. The use of tincture of iodine in chronic trachoma and pannus (*Boston med. surg. Jorn., 17 oct. 1897*).

Employée déjà par lui au lieu et place du galvano-cautère dans le traitement des ulcères et processus suppuratifs de la cornée, la teinture d'iode est actuellement préconisée comme agent thérapeutique dans le trachome chronique et dans le pannus : application d'une petite quantité à parties égales de teinture d'iode et de glycérine sur les paupières retournées, puis remise en place des paupières sans enlever l'excès de l'agent thérapeutique. Par l'emploi de cette méthode, les granulations disparaissent, la membrane muqueuse reprend son apparence normale, la cornée s'éclaircit mieux qu'avec les autres procédés.

L'application de la teinture d'iode glycérinée est douloureuse, d'où la nécessité de la cocaïnisation préalable ; les applications doivent être répétées deux ou trois fois la semaine. CART.

VALUDE. Tubercule de la conjonctive et de la sclérotique; extirpation d'une portion de la paroi oculaire; guérison (*Bull. méd., 11 août 1897*).

Un enfant de 3 ans, atteint de lupus de la zone, subit une inoculation à la conjonctive oculaire : un nodule tuberculeux se développa sur la conjonctive bulbaire à 4 ou 5 millimètres en dehors du limbe scléro-cornéen.

L'enfant étant endormi, un couteau fin est passé à la base du tubercule qui avait fait disparaître toute l'épaisseur de la sclérotique. L'ablation complète est faite, les lèvres de la trépanation scléroticale sont réunies par des sutures. Guérison facile. L'œil, d'abord déformé par les sutures, reprit en peu de jours sa forme; les milieux sont restés clairs. Depuis 6 mois, pas de récidive locale, bien que l'enfant présente ailleurs de multiples foyers de pullulation tuberculeuse. LEFLAIVE.

A. TROUSSEAU. Les hémorragies oculaires dans la phosphaturie et l'azoturie (*Bull. méd., 4 avril 1897*).

L'auteur rapporte plusieurs observations de malades atteints d'hémorragies rétiniennes ou vitréennes chez lesquels il n'a trouvé d'autre trouble pathologique que de l'azoturie (de 30 à 60 grammes d'urée) généralement associée à de la phosphaturie. Ces troubles de la sécrétion urinaire doivent être recherchés en pareil cas comme la glycosurie et l'albuminurie. LEFLAIVE.

James SPALDING. Exophthalmic goitre : panophthalmitis; enucleation of both eyes (*Med. news, p. 78, 17 juill. 1897*).

Un homme de 30 ans, en avril 1895, est brusquement atteint de diplopie et de divers autres troubles de la vision qu'on rattache à une paralysie du droit interne du côté droit. Quelques semaines après, l'œil droit commença à être projeté en avant, tandis que la vision de cet œil diminuait sensiblement; en même temps on notait une augmentation du corps thyroïde du côté droit avec de l'accélération cardiaque. En août l'œil droit était très saillant, et les paupières ne pouvaient le recouvrir : la cornée desséchée présentait au centre un petit abcès : on notait en outre de l'hypopyon : les douleurs dans l'œil et dans l'orbite étaient telles qu'on pratiqua l'énucléation : l'œil était atteint de panophtalmie : Guérison très rapide. On administra de l'extrait thyroïdien et la tumeur thyroïdienne, qui d'ailleurs était peu développée, diminua de volume.

Le 9 janvier 1896, sans prodromes, l'œil gauche se congestionna et la vision fut aussitôt très diminuée. Deux jours après, on constatait de la papillite optique, et bientôt la cornée se nécrosa. Au bout de 10 jours, la cécité était presque complète, et le malade accusait des douleurs intolérables dans l'œil et dans l'orbite. L'œil gauche fut énucléé : la guérison se fit sans incident. Le malade a continué l'usage de l'extrait thyroïdien et actuellement (mai 1897) la glande est à peine augmentée de volume. P. MAUBRAC.

ANTONELLI. Le croissant linéaire du cristallin dans certaines formes de cataracte (*Ann. d'oculist., juill. 1897*).

Voici les conditions exactes des phénomènes : l'œil gauche du malade étant dirigé vers l'oreille gauche de l'observateur, ou même plus obliquement, on skiascope à la distance de 1 mètre à $1^m,50$, avec miroir plan; en

déplaçant le disque lumineux de la tempe vers le nez du malade, le champ pupillaire d'abord entièrement éclairé, montre à 1 millimètre de distance du bord nasal la pupille, une ombre assez foncée, en forme de croissant linéaire, dont la corde resterait à 1 millimètre de distance du diamètre vertical de la pupille; le milieu de ce croissant est presque noir; les extrémités moins sombres, s'effacent presque graduellement. Lorsque la sclérose du noyau cristallinien est avancée, la pupille montre un disque central de 5 à 6 millimètres de diamètre, moins lumineux que la zone périphérique. L'auteur a pu vérifier ces phénomènes sur un cristallin cataracté qui venait d'être extrait. Il en conclut que le croissant linéaire fournit toujours un signe de l'opportunité de l'intervention chirurgicale, un signe de maturité de la cataracte, dans le sens clinique du mot.

ROHMER.

GUILBAUD. La rétinite proliférante (*Thèse de Paris, 1897*).

La rétinite proliférante est une rétino-hyalite, résultant d'une irritation aseptique de la rétine et du corps vitré. Des hémorragies abondantes ou répétées, à la surface de la rétine et dans le vitré, paraissent être l'agent essentiel et suffisant de cette irritation. Sans vouloir nier absolument l'influence directe de certaines vasculites ou rétinites sur l'hyperplasie conjonctive qui caractérise la rétinite proliférante, il ne paraît pas prouvé que celle-ci se soit jamais développée en dehors de toute hémorragie. Dans la plupart des observations, il est question d'épanchement sanguin, et de ce qu'il n'a pas été constaté chez certains malades, on ne peut conclure qu'il n'a jamais existé. Une hémorragie de cause quelconque, spontanée ou traumatique, peut déterminer la rétinite proliférante, pourvu que le sang pénètre dans le vitré et que, par son abondance ou son apport répété, il provoque une irritation suffisante des tissus rétinien et vitré. Les diverses altérations rétiniennes constatées par quelques auteurs, n'ont d'influence sur le développement de cette rétino-hyalite, qu'autant qu'elles sont elles-mêmes une cause d'hémorragies. La rétinite proliférante est donc bien moins une entité morbide qu'une complication des hémorragies intra-oculaires. Cette origine explique qu'elle soit souvent bilatérale; elle indique le traitement et aussi le pronostic. Le diagnostic doit se faire surtout avec le décollement rétinien et avec les tumeurs en raison de la vascularisation propre des néo-membranes.

ROHMER.

H. HEINERSDORFF. Centrale beiderseitige Amaurose..... (L'amaurose centrale bilatérale à la suite d'abcès métastatiques dans les deux lobes occipitaux) (*Deutsche med. Woch.*, *nº 15, p. 230, 8 avril 1897*).

L'amaurose double sans modifications ophtalmoscopiques et avec conservation du réflexe pupillaire s'observe exclusivement dans l'urémie, l'hystérie et vraisemblablement aussi le blépharospasme. En dehors de ces conditions, il faut pour produire cette affection une lésion strictement localisée en arrière de l'arc réflexe qui passe par les corps quadrijumeaux: cette lésion ne peut occuper que les lobes occipitaux; ainsi strictement localisée, elle est très rare. Sur les 170 cas réunis par Henschen, l'auteur

ne trouve que 6 cas d'affections centrales de la vue, d'amaurose double avec lésions localisées aux lobes occipitaux et avec conservation de la mobilité et de la sensibilité. Une seule des observations, celle de Berger, est absolument nette; depuis, un nouveau cas a été publié par Déjérine et Vialet (1894).

Heinersdorff a observé un cas à la clinique ophtalmologique de Berne. Le sujet était entré à l'hôpital de Thun pour une affection pulmonaire et la cécité complète s'est produite pendant son traitement et remontait à 14 jours. L'examen ophtalmoscopique était absolument négatif; il n'y avait pas de troubles dans l'appareil moteur de l'œil, la pupille réagissait à la lumière. Le malade percevait la lumière mais ne distinguait aucun objet, il présentait un état légèrement somnolent mais aucun trouble de la motilité et de la sensibilité. Pas de sucre, ni d'albumine dans les urines. Il était porteur d'un abcès dans la région inguinale, on l'opère de cet abcès et il succombe peu de temps après dans un état comateux. A l'autopsie, on trouve des lésions pulmonaires, un abcès vers la partie inférieure du lobe droit du foie et un abcès occupant la plus grande partie des lobes occipitaux. Les deux ventricules latéraux sont remplis de pus. Le reste du cerveau est sain. H. DE BRINON.

POPOW. Lésions de la rétine dans le nicotinisme chronique (*Thèse de St-Pétrsbourg, 1897*).

Résultats analogues à ceux obtenus par Modestow; les signes d'œdème dans toutes les couches de la rétine par transsudation à travers les vaisseaux altérés et la dégénérescence granuleuse des cellules par compression par le liquide d'œdème ne sont pas caractéristiques. Par contre, l'auteur n'a pu observer la desquamation de l'épithélium pigmentaire de la rétine signalée par Modestow comme caractéristique du nicotinisme chronique.

H. FRENKEL.

A. TERSON. Atrophie partielle des nerfs optiques à la suite d'une brûlure cutanée traitée par l'iodoforme (*Soc. de biol., 16 oct. 1897*).

Large brûlure aux cuisses, abdomen, bras. Pansements humides boriqués, puis à la gaze iodoformée. Après trois semaines, affaiblissement de la vision, atrophie blanchâtre, sans bavure de la pupille ; champ visuel à peine rétréci ; acuité visuelle, 1/8 et 1/6. L'iodoforme doit être incriminé ici, quoique les brûlures, à elles seules, soient capables de provoquer des névrites optiques et des rétinites avec hémorragies rétiniennes (Mooren, Wagenmann). DASTRE.

HUSSON. Contribution à l'étude de la sensibilité lumineuse et de la sensibilité chromatique dans les inflammations et les atrophies du nerf optique (*Thèse de Nancy, 1897*).

L'auteur a fait des recherches avec le photoptomètre de Charpentier; elles ont porté sur le sens lumineux et sur le sens chromatique. Dans les lésions atrophiques ou inflammatoires du nerf optique, *la perception lumineuse brute* reste normale ou se trouve lésée; *la perception lumineuse différentielle* a paru constamment diminuée ; ces deux perceptions variant dans des limites différentes peuvent donc être affectées séparément. Dans les lésions du nerf optique, *la sensibilité chromatique brute*

a toujours été inférieure à la sensibilité lumineuse brute; elle est donc plus altérée qu'elle. De même la perception colorée sur fond blanc subit de grandes variations et paraît plus atteinte que la sensibilité lumineuse différentielle ; elle est aussi généralement plus faible que la sensibilité chromatique brute. La perception du vert et celle du rouge sont altérées, non seulement dans leur degré d'intensité, dans leur quantité, mais aussi dans leur forme, leur essence, leur qualité; aussi le rouge a paru gris ou jaune à certains malades; le vert a paru gris sale. Quant au bleu, il a toujours paru bleu aux malades examinés. ROHMER.

A. LUEBBERT. Beitrag zur Kenntniss der bei der disseminaten Herdsklerose auftretenden Augenveränderungen (Sur les altérations oculaires dans des cas de sclérose en plaques) (*Arch. f. Psychiat.*, *XXIX*, *p. 768*).

L'auteur a étudié les altérations oculaires survenues dans 11 cas de sclérose en plaques qui se sont présentés à son observation. Un de ces cas a donné lieu à une autopsie. Du vivant du sujet on avait constaté que les pupilles étaient décolorées, un peu plus à droite qu'à gauche, des mouvements nystagmiformes, du strabisme externe à droite, une insuffisance des mouvements associés des deux yeux en dehors, de l'amblyopie qui, dans les derniers temps, avait subi une aggravation brusque, dont ne rendaient pas compte les résultats de l'examen ophtalmoscopique, de la dyschromatopsie. Dans les derniers temps également, les pupilles ne réagissaient plus à la lumière, la pupille droite était habituellement un peu plus dilatée que la gauche.

A l'autopsie, on a trouvé une atrophie considérable des deux nerfs optiques, qui était en partie la conséquence d'une prolifération active et primitive du tissu conjonctif interstitiel, en partie celle d'une dégénérescence grise simple des fibrilles nerveuses. Les vaisseaux participaient largement au processus, mais l'examen histologique n'a fourni aucun point d'appui propre à faire admettre que les altérations vasculaires avaient été le primum morens de l'affection des nerfs optiques. On constatait une multiplication des petits vaisseaux, une infiltration très abondante par petites cellules des parties avoisinantes, un épaississement et une infiltration partielle de leurs parois. L'atrophie et la dégénération de la substance nerveuse étaient en partie secondaires; dans beaucoup de points elles étaient limitées aux gaines de myéline, désagrégées en fines granulations. Les cylindre-axes subsistaient en grand nombre. Par suite, les altérations en rapport avec la dégénérescence secondaire descendante faisaient défaut. Il y avait là de quoi expliquer la disproportion existant entre le peu d'intensité des constatations ophtalmoscopiques et l'intensité relativement considérable des altérations anatomiques des deux nerfs optiques. Les différentes couches de la rétine ont été trouvées intactes.

Les autres observations, au nombre de dix, dont l'auteur publie une relation clinique, ont donné lieu aux constatations ophtalmoscopiques suivantes :

Pas une seule fois on n'a constaté d'atrophie bien nette du nerf optique.

Une atrophie incomplète, caractérisée surtout par la décoloration des parties externes de la papille, a été constatée dans 6 cas ; tous ces cas s'accompagnaient de troubles de la vue.

La décoloration partielle de la portion temporale des papilles, telle qu'on l'observe dans les cas d'amblyopie toxique, a été constatée dans 5 cas, en même temps que des troubles de la vue.

Dans 3 cas on a constaté les signes d'une névrite optique, avec des troubles de la vue.

Dans 3 autres cas, l'examen ophtalmoscopique a donné des résultats normaux.

Au point de vue de ses allures cliniques, l'amblyopie s'est présentée de la façon suivante :

Scotome centrale avec intégrité des parties périphériques du champ visuel, dans 7 cas.

Scotome central, avec rétrécissement concomitant des parties périphériques du champ visuel, dans 1 cas, et d'un seul côté.

Rétrécissement périphérique du champ visuel, avec intégrité relative de la vision centrale, dans 2 cas, des deux côtés.

En fait de manifestations pathologiques du côté des muscles de l'œil, on a constaté : 2 fois une paralysie de l'abducens (bilatérale dans un cas) ; 4 fois une paralysie (partielle) de la 3me paire ; 3 fois une paralysie des mouvements associés des deux yeux.

Enfin, dans 6 cas, on a constaté du nystagmus statique et dynamique, et dans 9 cas des mouvements nystagmiformes qui se manifestaient lors des déplacements du regard.

Dans 1 seul cas (il en a été question plus haut), l'abolition du réflexe lumineux, à l'examen des pupilles. E. RICKLIN.

OSWALD. Complications oculaires de la maladie de Pavy (*Revue gén. d'opht.*, *août 1897*).

De l'observation de deux cas d'albuminurie intermittente, l'auteur tire les conclusions suivantes : l'altération de la paroi des vaisseaux joue certainement un rôle important dans la production de l'albuminurie cyclique ; l'altération de la paroi vasculaire précède sûrement dans quelques cas, sinon dans tous, le début de la maladie de Pavy. Tout fait croire que cette altération de la paroi des vaisseaux est, de son côté, une conséquence de la viciation des échanges (oxalurie, etc.). Grâce à l'insuffisance fonctionnelle des parois vasculaires ainsi produite, l'albumine passe dans l'urine lorsque les vaisseaux rénaux se trouvent dans des conditions hydrostatiques défavorables (station debout). Le trouble de la tunique vasculaire peut se manifester ailleurs que dans les reins, soit sous forme d'hémorragies (épistaxis, hémorragies intra-oculaires, etc.), soit sous forme d'un foyer inflammatoire périvasculaire. Dans ce dernier cas, il s'agit peut-être d'une exagération locale et d'une propagation au voisinage, du processus qui atteint à un degré bien plus faible, tout le système vasculaire. Peut-être les cristaux d'oxalate de chaux circulant dans le sang (Bouchard) ne sont-ils pas étrangers à ce processus.

ROHMER.

ANTONELLI. Les stigmates ophtalmoscopiques rudimentaires de la syphilis héréditaire (*Thèse de Paris, 1897*).

Les stigmates du fond de l'œil sont peut-être les plus fréquents parmi ceux de la dystrophie hérédo-syphilitique. Parmi ces stigmates rudimentaires, il faut citer : quant à la papille, teinte pâle ou grisâtre, blanc sale, en totalité ou en secteurs, bord légèrement mou ou déchiqueté, souvent entouré d'un cadre pigmentaire, total ou partiel; diminution de calibre des artères, augmentation relative de celui des veines; teinte ardoise de la région péripapillaire; souvent pigmentation grenue de la région équatoriale, pouvant présenter toutes les formes de passage vers la rétinite pigmentaire ou la chorio-rétinite disséminée rudimentaire. Dans les altérations fonctionnelles, il faut ranger l'hypermétropie, associée à de l'astigmatisme, par arrêt de développement ou malformation de l'œil; plusieurs cas de myopie monoculaire jusqu'à présent mal interprétés, sont d'origine hérédo-spécifique. Le strabisme hérédo-syphilitique s'explique par l'anisométropie et l'acuité visuelle différente, ce qui rend presque fatal le trouble de la vision binoculaire. Ces stigmates sont d'autant plus précieux pour le diagnostic que la triade d'Hutchinson est rarement au complet.

ROHMER.

EPERON. Du pronostic de la papille étranglée (*Revue méd. Suisse romande, fév. 1897*).

Les cas de papille étranglée susceptibles de guérison peuvent être répartis en cinq catégories : 1° Papille étranglée avec symptômes cérébraux définis, comme dans le vertige paralysant (*R. S. M.*, XXXV, 171);

2° Papille étranglée symptomatique de tumeurs syphilitiques du cerveau. Il en existe douze observations dans la littérature.

3° Papille étranglée avec symptômes cérébraux, d'origine très probablement tuberculeuse. Eperon en relate deux exemples.

4° Papille étranglée résultant d'un épanchement hémorragique intracranien d'origine traumatique. Eperon en publie un cas.

5° Papille étranglée dans certaines tumeurs cérébrales à marche tout à fait lente.

J. B.

HOFFMANN. Zur Therapie des Glaukoms (*Klin. Monats. f. Aug., août 1897*).

L'auteur cite plusieurs observations de glaucome chronique, dans lesquelles on put conjurer les accès aigus, pendant plusieurs années, par l'emploi ininterrompu de la pilocarpine. Ce n'est toutefois que par suite de circonstances indépendantes de la volonté du médecin que les malades se soumirent à ce traitement; l'auteur croit l'iridectomie préférable pour éviter la cécité ultérieure.

ROHMER.

HAAB. Traumatische Macula-Erkrankung bewirkt durch den elektrischen Strom (Lésions traumatiques de la macula provoquées par le courant électrique) (*Klin. Monats. f. Aug., juill. 1897*).

L'auteur rapporte le cas d'un ouvrier électricien qui, touchant imprudem-

ment sa machine reçut une décharge de 125 ampères environ : les deux yeux furent immédiatement privés de la vue, le droit plus que le gauche; ce dernier se rétablit au bout de quelques jours. Mais sur le droit, en dilatant la pupille, on pouvait voir une infiltration péri-maculaire, avec taches blanches au niveau de la macula; le tout disparut dans l'espace de deux mois, et l'acuité visuelle redevint normale. Pas de production de cataracte. L'auteur rapporte 2 autres cas semblables dus à des ophtalmologistes américains, chez lesquels les désordres observés au niveau de la macula, furent à peu près analogues à ceux qu'il avait vus chez son malade. ROHMER.

HYTIER. De la tuberculose du rebord orbitaire inférieur (*Thèse de Paris, 1897*).

Il arrive assez souvent que l'on rencontre des personnes ayant un ectropion plus ou moins intense avec une cicatrice déprimée, dû à une tuberculose du rebord inférieur de l'orbite; celle-ci est assez fréquente et assez grave par les complications et les accidents qui peuvent survenir. L'intervention la plus énergique et la plus précoce, dès que le diagnostic est fait, est l'indication majeure du traitement de cette localisation tuberculeuse. ROHMER.

DENEFFE. L'holocaïne en ophtalmologie (*Bulletin Acad. méd. de Belgique, n° 3, 1897*).

L'holocaïne a, en solution à 1 0/0, le même pouvoir anesthésique local que la cocaïne à 5 0/0; même rapidité d'action, même durée. Elle a sur la cocaïne l'avantage de ne pas agir sur la pupille et sur l'accommodation, et sur l'eucaïne de n'être pas irritante pour l'œil. LEFLAIVE.

MALADIES DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES.

G. FERRERI. L'anesthesia locale nelle malattie dell' orecchio e delle prime vie aere; osservazzioni cliniche sopra l'eucaina (*Arch. ital. di otol., VI, p. 83*).

Après des considérations sur l'anesthésie générale et locale dans les maladies de la gorge et de l'oreille, F. donne les résultats de son expérience sur l'eucaïne qu'il a employée dans 77 cas d'opérations. L'eucaïne a l'avantage de ne pas se décomposer aussi facilement que la cocaïne dans les solutions; elle est moins toxique, peut s'employer en solutions plus concentrées et est mieux tolérée par les malades. Pour les opérations intra-tympaniques, elle donne une anesthésie plus prolongée que la cocaïne. Enfin elle est d'un prix moins élevé. A. CARTAZ.

A. JOUSSET. Emploi du chlorhydrate d'eucaïne en rhinologie, otologie et laryngologie (*Nord méd., 15 oct. 1897*).

J. a employé le chlorhydrate d'eucaïne dans un grand nombre de cas (73) de lésions du nez, de la gorge; il confirme les résultats obtenus antérieurement; anesthésie plus superficielle et moins durable qu'avec la cocaïne, absence de rétraction des muqueuses et des vaisseaux, d'où hémorragie primitive plus sensible. J. a rarement constaté l'irritation produite par l'application du médicament. A. CARTAZ.

Alfred MARTIN. Du chlorhydrate d'eucaïne en rhinologie, comparé au chlorhydrate de cocaïne (*Revue hebd. de lar., 3 juill. 1897*).

M. a constaté que l'eucaïne donne une anesthésie presque aussi rapide que la cocaïne, sans nausées, tendance à la syncope. Sur la muqueuse nasale il y a une sensation de cuisson, quelquefois de brûlure; la muqueuse ne se rétracte pas. A. CARTAZ.

J. FEIN. L'eucaïne en laryngologie et rhinologie (*Wien. klin. Woch., 3 juin 1897*).

L'eucaïne, en solution à 10 0/0, a sur la muqueuse du larynx et du nez une action plus tardive et moins durable que la cocaïne; elle provoque du côté du nez une légère sensation de brûlure. Par contre, l'eucaïne a l'avantage de ne pas déterminer de phénomènes toxiques et les solutions, ne se décomposant pas par la chaleur, sont facilement stérilisables. A. CARTAZ.

GAREL. De la parésie intermittente du voile du palais dans la neurasthénie (*Arch. int. de laryng., X, p. 237*).

Garel rapporte trois observations de cette lésion.

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme neurasthénique qui, à la suite d'une émotion vive, est prise soudain de nasonnement intermittent de courte durée. Il se produisait dès que la malade disait quelques mots; il disparaissait par le repos pour se reproduire à nouveau quand elle prononçait une nouvelle phrase.

Dans le deuxième cas, mêmes troubles de la voix, qui devient rapidement nasonnée lorsque la malade articule quelques mots. Même disparition brusque par le repos. Ici encore, il s'agit d'une neurasthénique chez laquelle le nasonnement est survenu à la suite d'une grippe.

Enfin, chez la troisième malade, une paralysie bilatérale du voile survint à trois reprises différentes. Les crises de paralysie duraient de trois mois à quinze jours et survenaient à l'occasion d'émotions ou de contrariétés.

Les deux premières observations sont particulièrement intéressantes à cause de la fréquence du nasonnement et aussi au point de vue de sa disparition rapide par le repos de la voix.

Toutes ces paralysies n'ont pas le moindre rapport avec la diphtérie. L'intermittence éloigne toute idée de lésion du système nerveux central. On ne peut rattacher cette affection qu'à une asthénie motrice neurasthénique, d'autant plus que dans deux des cas, le symptôme s'est développé sous l'influence d'une vive émotion.

La caractéristique de l'affection consiste dans l'intermittence de l'impotence fonctionnelle. A. C.

P. RAUGÉ. Paralysie traumatique du voile du palais (*Arch. intern. de lar., X, p. 583*).

Histoire curieuse d'un homme de 59 ans qui tombe d'une hauteur de trois mètres, la partie latérale gauche du cou portant sur une caisse de bois. Perte de connaissance d'une heure. Le malade se relève sans hémiplégie, sans hémorragies, mais ayant la paralysie que décrit R. qui le voit trois mois après.

Nasonnement extrême, reflux des liquides par le nez, signes de la paralysie totale du voile du palais qui est flasque, inerte.

Sensibilité tactile conservée, réflexes abolis. Aucune autre lésion ni du larynx ni du pharynx ; pas de paralysie faciale, un peu d'hypéracousie.

R. discute les interprétations de ce curieux accident, élimine l'idée d'une lésion cérébrale ou périphérique et incline à l'hypothèse soit d'une hémorragie bulbaire très limitée, soit d'une altération dissociée du facial dans le rocher ou d'une lésion du nerf de Wrisberg. A. CARTAZ.

I. — LE DENTU. Sur 40 cas de divisions acquises ou congénitales du palais traités par la staphylorraphie, l'uranostaphylorraphie et l'opération du bec de lièvre (*Bull. Acad. de méd., 9 mars 1897*).

II. — EHRMANN. Sur les fistules latérales consécutives à l'uranostaphylorraphie, (*Ibid., 25 mai 1897*).

I. — Le Dentu donne l'analyse de 46 cas opérés, 11 fistules ou perforations acquises et 35 cas de fissures congénitales.

Sur 11 cas de divisions acquises, il y a eu 3 échecs et 8 guérisons complètes, dont 2 après deux opérations.

Les divisions congénitales se divisent en 2 groupes, avec ou sans bec de lièvre ; le 1er groupe, 10 cas opérés, donne 10 succès ; 2 cas non opérés; le 2e groupe, 15 cas, 13 guérisons, 2 fois persistance d'une petite fisture.

Pour les divisions congénitales, on peut se considérer comme presque sûr du succès, les fissures trop larges pour être traitées chirurgicalement étant fort rares (une ou deux sur 35 cas). Le plus souvent, il est inutile de pratiquer l'opération en deux séances, à moins que le malade ne soit fatigué, ou que les lambeaux, par suite de leur pâleur, ne fassent redouter leur gangrène.

II. — Dans la pratique de l'urano-staphylorraphie, il faut que les incisions libératrices n'aient que juste l'étendue nécessaire à l'affrontement sans tension, pour éviter l'enroulement latéral des lambeaux et la persistance fistuleuse des incisions. Il faut que le travail de réparation de ces plaies y marche toujours parallèlement (le ralentir au besoin par interposition de mèches ou même par décollement).

Si l'on opère en deux temps espacés, on n'attendra pas plus de sept jours pour appliquer la suture. Si, pour une cause quelconque, la fistule est acquise, le procédé habituel en pont lui est applicable à condition d'employer la méthode en deux temps, dont on exagérera les délais (10 à 15 jours) en raison de la fragilité de la muqueuse.

Chez les enfants, plusieurs décollements successifs à des semaines, à des mois d'intervalle peuvent être nécessaires avant d'en arriver à la suture, quand la bandelette résultant du premier décollement n'est pas assez étoffée ou s'est trop rétrécie. Les mêmes considérations s'appliquent dans le cas où l'écartement osseux est trop grand pour qu'on obtienne un volet de muqueuse capable de déterminer de prime abord l'occlusion. LEFLAIVE.

P. BERGER. Tumeurs mixtes du voile du palais (*Revue de chir., mai 1897*).

Les tumeurs mixtes du voile du palais prennent naissance dans la couche glandulaire du voile du palais ; elle sont et restent délimitées par une enveloppe conjonctive qui les encapsule et les isole entièrement des tissus voisins; elles justifient la dénomination qui leur a été donnée d'épithéliomes à trame variable ; elles se composent d'éléments épithéliaux dont la disposition rappelle tantôt celle des adénomes, tantôt et plus souvent celle des épithéliomes ; d'une trame conjonctive où se retrouvent les divers modes du tissu conjonctif et principalement le tissu muqueux et le tissu cartilagineux. B. ne croit pas à la théorie de l'origine endothéliale de ces tumeurs.

Au point de vue de leurs caractères cliniques, ces tumeurs sont essentiellement bénignes : Cette bénignité paraît due à l'étouffement des formations épithéliales de la tumeur par le développement du tissu muqueux ou cartilagineux de la trame. Les tumeurs mixtes du voile du palais sont néanmoins difficiles à distinguer parfois des sarcomes qui, dans cette région, peuvent présenter des caractères analogues, une marche lente, une circonscription très exacte due à leur encapsulement et une bénignité relative.

L'accroissement graduel de ces tumeurs constitue leur seule cause de gravité en compromettant les fonctions des organes voisins par les compressions qu'elles exercent. Les prolongements qu'elles envoient du côté du pharynx, de la région ptérygo-maxillaire et de la parotide rendent leur extirpation plus difficile. Celle-ci, grâce à leur incapsulement, peut se faire par énucléation.

Les récidives locales, quand elles se produisent, sont toujours dues à une ablation incomplète. On observe à la voûte palatine des tumeurs qui présentent avec les tumeurs mixtes du voile de grandes analogies. Mais ces tumeurs perforent souvent la voûte palatine et envahissent les fosses nasales et le sinus maxillaire. Elles sont moins nettement définies que les tumeurs du voile ; si quelques-unes d'entre elles paraissent dériver des glandes palatines et présentent la même texture que les tumeurs mixtes du voile du palais, il en est d'autres qui appartiennent à la catégorie des sarcomes, particulièrement des sarcomes plexiformes et des angio-sarcômes.

Ces tumeurs de la voûte palatine ne doivent pas être confondues avec les tumeurs mixtes du voile du palais. Leur étude anatomique demande de nouvelles recherches. Le diagnostic de leurs diverses variétés ne peut être établi d'une manière précise. Leur pronostic doit être plus réservé que celui des tumeurs mixtes du voile du palais. F. VERCHÈRE.

MAUCLAIRE et A. DURRIEUX. Tumeur mixte du voile du palais (*Soc. anat. Paris, p. 609, 9 juill. 1897*).

Homme de 71 ans, entré à l'hôpital pour une nécrose syphilitique du maxillaire inférieur ; on trouve à la partie gauche du voile du palais une petite tumeur, du volume d'une cerise, qui a grossi lentement et ne se développe plus depuis quelques années. Le malade n'en éprouve aucune gêne. Ablation des plus simples.

Cette tumeur est formée de masses épithéliales, avec dégénérescence muqueuse et kystique des éléments épithéliaux et du tissu fibreux intermédiaire; sur un point on trouve un nodule cartilagineux très net. Les masses épithéliales en dégénérescence provoquent la formation de globes muqueux ayant l'apparence de globes épidermiques.

Les auteurs inclinent à croire que la tumeur est d'origine congénitale et due à des lobules épidermiques aberrants ayant proliféré. A. CARTAZ.

J.-B. PITANCE. Étude sur les tumeurs mixtes du voile du palais (*Thèse de Paris, 1897*).

P. publie dans son travail l'observation de Mauclaire (voy. ci-dessus), celles de Berger; il fait une étude attentive des symptômes et de l'évolution de ces tumeurs et donne une large place à l'examen histologique. Il conclut que ces tumeurs mixtes ne sont pas d'origine glandulaire, mais résultent de la prolifération d'éléments épithéliaux aberrants. Ce sont, en général, des tumeurs bénignes, mais comme elles sont susceptibles, dans certains cas, de dégénérescence maligne, il faut les enlever.

A. CARTAZ.

A. BAUROWICZ. Ein gestielter Drüsenkrebs des weichen Gaumen (Adéno-carcinome du voile du palais) (*Arch. f. Laryng., VI, p. 157*).

Homme de 67 ans qui, depuis 14 ans se plaint de gêne de la déglutition. On trouve une tumeur du volume d'un œuf de poule attachée par un pédicule court au bord libre du voile, à gauche, près de la luette. Le pédicule est déchiré avec le doigt. La tumeur est un fibro-adénome en voie de dégénérescence carcinomateuse. A. CARTAZ.

J. HOLLICK. Acute tonsillo-glossitis followed by tuberculous meningitis simulating hysteria (*Brit. med. Journ., p. 712, 10 avril 1897*).

Une femme de 40 ans tombe brusquement malade et présente les signes classiques d'une amygdalite pultacée avec adénite cervicale. Le lendemain, la langue devint enflammée, œdémateuse : elle se modifie rapidement sous l'influence des badigeonnages de glycérine au tanin, mais l'état général reste mauvais, avec du collapsus, un herpès labial confluent, des sueurs profuses. Trois jours plus tard, la malade tombe dans un état semi-comateux, sans perdre toutefois connaissance, et a de la dyspnée. Pas de délire, ni de vomissements, ni de convulsions. La mort survint par asphyxie.

A l'autopsie : tuberculisation miliaire diffuse du poumon et congestion fibrineuse récente; granulations tuberculeuses discrètes sur la pie-mère.

Des faits analogues ont été rapportés par Fagge (*Lancet*, 6 mars 1897).

H. RENDU.

HOEFER. Ueber die Behandlung acuter Tonsillitiden..... (Du traitement des amygdalites aiguës par les injections parenchymateuses de phénol) (*Deutsche Archiv für klin. Med., LVII, p. 579*).

L'auteur affirme que le traitement de l'angine lacunaire, par les injections d'acide phénique à 2 ou 3 0/0, employé d'abord par Taube et Heubner, puis recommandé par Ziemssen, n'a pas trouvé l'attention qu'il mérite. L'action du phénol est double, d'abord anesthésique, puis désinfectante. Son effet est si évident que l'on ne saurait douter de son efficacité. Les injections phéniquées sont presque sans effet vis-à-vis des abcès tonsillaires et péritonsillaires. C. LUZET.

C. GREY EDWARDS et Walther D. SEVERN. Nombreux cas d'amygdalite dus à une infection par le lait (*Brit. med. Journ., p. 339, 7 août 1897*).

G. Edwards a observé une série de 12 cas d'amygdalite qu'il a pu rattacher à une infection par du lait provenant de la même vache. Ce lait, examiné à plusieurs reprises par D. Severn, renfermait le staphylococcus pyogenes aureus, le staphylococcus pyogenes albus et le streptococcus pyogenes. L'examen d'un des exsudats amygdaliens permit d'y découvrir les mêmes microbes. J. VANVERTS.

H. RUGE. Die Tuberculose der Tonsillen vom Klinische Standpuncte (*Archiv f. pathol. Anat., CXLIV, 3*).

Ruge examina les amygdales de 18 personnes chez lesquelles ces organes étaient malades. Dans 6 cas, il put constater, sur les coupes pratiquées sur les portions enlevées, la présence de bacilles tuberculeux et l'existence d'altérations histologiques. Les amygdales constituent ainsi des portes d'entrée pour le microbe, qu'il arrive à leur surface soit par les crachats, soit par l'air inspiré, soit par la nourriture. ÉD. RETTERER.

G. GERONZI. Linfoadenia tonsillare (*Arch. ital. di otol., V, p. 87*).

Travail intéressant où l'auteur cherche à établir que les diverses tumeurs dénommées lymphome ne sont que l'expression d'une affection générale, la lymphadénie avec prédominance sur l'amygdale. C'est dans l'invasion des ganglions par les blastomycètes qu'il faut chercher l'étiologie de la maladie; si l'amygdale, porte d'entrée, n'est pas toujours prise, elle doit cette immunité relative à son pouvoir phagocytaire.

G. donne, avec l'historique des principaux faits antérieurs, le tableau symptomatique de la maladie et conclut au traitement médical arsenié. Dans le cas qu'il publie, la gêne et les douleurs nécessitèrent l'ablation sans qu'il y eût de récidive locale. A. CARTAZ.

C.-A. RICCI. Contributo allo studio delle manifestazioni sifilitiche sulla tonsilla linguale (*Arch. ital. di otol., VI, p. 19*).

R. a recherché, chez 75 malades atteints de syphilis plus ou moins

ancienne, l'état de l'amygdale linguale. Sur 35 hommes, il l'a trouvée 16 fois hypertrophiée; sur 40 femmes, 31 fois. Seifert avait trouvé le rapport de 4 sur 17 chez l'homme et de 18 sur 44 femmes.

R. étudie les diverses formes des manifestations syphilitiques, leur diagnostic et arrive aux conclusions :

1° Dans la période secondaire de la syphilis, il y a presque constamment de l'hypertrophie de l'amygdale linguale;

2° Les manifestations secondaires, érythèmes, papules, érosions, s'y observent rarement;

3° A la période tertiaire, il y a presque toujours de l'atrophie;

4° Dans la syphilis héréditaire, l'hypertrophie est très fréquente, rare au contraire chez les tuberculeux; la rhino-pharyngite atrophique s'accompagne d'atrophie;

5° En l'absence d'autres symptômes, une atrophie isolée de l'amygdale linguale chez un sujet jeune, indemne de tuberculose, d'ozène, devient un élément sérieux de diagnostic de syphilis tertiaire méconnue.

A. CARTAZ.

Jonathan WRIGHT. Tuberculous infection of the lymphoid tissue (*Trans. of Amer. lar. Assoc., XVIII, p. 103*).

W. a examiné histologiquement plus de 60 amygdales palatines ou pharyngées enlevées, sans y trouver aucune apparence de tissu tuberculeux. Douze inoculations à des cobayes restèrent négatives. W. estime que l'amygdalite tuberculeuse est une affection rare et que les amygdales sont rarement le siège d'une localisation primitive. A. CARTAZ.

H.-L. SWAIN. Some remarks on acute disease of the lingual tonsil (*Trans. of Amer. lar. Assoc., XVIII, p. 24*).

S. a observé un grand nombre de cas d'amygdalite linguale aiguë, soit qu'ils fussent isolés, soit qu'ils fussent secondaires à une amygdalite palatine. Il en existe plusieurs variétés, mais c'est toujours sur des sujets adultes qu'on l'observe : 1° inflammation simple de l'amygdale depuis longtemps hypertrophiée; 2° amygdalite folliculaire; 3° forme péri-amygdalienne où les tissus profonds s'enflamment; 4° diphtérie.

S. étudie les symptômes et le traitement de ces diverses variétés. Il relate un cas d'abcès volumineux. A. CARTAZ.

LERMOYEZ et BAROZZI. A propos d'un cas de zona double buccopharyngien; le dénombrement de l'herpès du pharynx (*Soc. méd. des hôp., 12 fév. 1897*).

Un homme de 78 ans souffre de la bouche depuis deux jours; on note le 8 mars une rougeur diffuse de toute la partie supérieure de cette cavité, sur laquelle se détachent des plaques plus sombres à bords festonnés d'ordre symétrique: sur chaque plaque on voit un petit groupe d'éléments vésiculeux, brillants ou ternes: quelques vésicules sont rompues, exulcérées au niveau des gencives et des sillons gingivolabiaux, ces vésicules forment une vraie ceinture; les jours suivants on voit quelques vésicules se former sur la luette,

le pilier antérieur gauche, puis un nouveau groupe en demi-cercle unilatéral, limité sur la moitié gauche de la voûte palatine. Guérison le 2 avril.

Tout le domaine du buccal du trijumeau était atteint ; mais lui seul. Ce cas de zona diffère complètement de l'angine herpétique vraie qui touche piliers, amygdales, pharynx postérieur. H. LEROUX.

CARRE. Le strepto-bacille de Malassez et Vignal producteur d'angines (*Lyon méd., 2 mai 1897*).

Sur 140 cas d'angines suspectes, C. a rencontré quatre fois le strepto-bacille de la pseudo tuberculose, deux fois seul, deux fois associé au bacille diphtérique. Dans ces quatre cas, l'angine fut des plus graves : il y eut une fois une broncho pneumonie consécutive.

C. donne la technique des cultures de ce bacille. A. CARTAZ.

A. JOUSSET. Étude sur l'angine rhumatismale (*Revue hebd. de lar., 22 mai 1897*).

Il existe une angine érythémateuse simple ou diffuse qui revêt nettement la forme rhumatismale. Naissant le plus souvent avant l'attaque sur les articulations, cette affection frappe surtout l'isthme et cause une douleur intense dans la déglutition. Elle se déplace rapidement d'un point vers un autre, tend à s'étendre du côté du pharynx supérieur. La congestion présente, en certains points, de l'œdème, principalement sur la luette elle s'efface facilement sous le doigt.

Les symptômes s'amendent et disparaissent presque toujours brusquement, surtout la rougeur et la dysphagie, quand des accidents articulaires se déclarent. L'amélioration peut cependant précéder de quelques jours l'apparition de ces dernières manifestations.

Le sulfate de quinine et le salicylate de soude paraissent avoir une action efficace sur l'angine rhumatismale. A. CARTAZ.

H. ZILGIEN. Une complication non encore signalée de la fièvre angineuse (*Revue méd. de l'Est, 15 oct. 1897*).

Z. publie trois cas d'angine ou amygdalites, suivies, à la période convalescence, d'accès d'angine de poitrine, chez des sujets qui n'avaient jamais présenté d'accidents analogues.

Il pense qu'il s'agit là d'une manifestation nerveuse et névralgique de l'angine, par pénétration de produits infectieux dans le sang et action directe sur les nerfs cardiaques. A. CARTAZ.

V. LANGE. Sur l'emploi du chloroforme dans l'emploi des végétations adénoïdes du pharynx (*Therap. Monats., n° 6, p. 305, juin 1897*).

L'auteur opère toujours sous le chloroforme avec la curette de Gottstein. La narcose lui permet de toucher immédiatement avant l'opération le retropharynx et après. Il se guide aussi sur le doigt pour placer la curette. Il se sert de l'ouvre bouche d'O'Dwyer. Une fois l'opération faite on place

pendant quelque temps la tête sur le côté. Les vomissements sont assez fréquents. Il n'a jamais eu d'autres accidents. PAUL TISSIER.

F. SIEGERT. Pharynxtuberculose im Kindesalter (*Jahrb. für Kinderh.*, *XLV*, *p. 123*).

La tuberculose du pharynx est rare, particulièrement dans l'enfance. Les deux faits personnels observés par S. ont eu une allure clinique très dissemblable.

Dans le premier, chez un enfant de 11 ans atteint de tuberculose miliaire avancée sans participation intestinale, on voit survenir des ulcérations multiples du voile du palais. Tubercules typiques avec bacilles innombrables. Les ulcérations sont superficielles, offrent au fond et sur les bords des nodules caséeux s'étendent lentement sans dépôts membraneux.

Le second cas frappe un enfant de 4 ans 1/2 en pleine santé. La première impression est celle de diphtérie chronique. Mais plus tard la caséification des ganglions cervicaux, l'apparition de quelques nodules caséeux sur le bord des ulcérations, l'apparition d'entérite tuberculeuse modifient le diagnostic. Pourtant si l'examen histologique fait constater quelques tubercules dans le palais on ne peut, malgré des examens répétés, y trouver des bacilles.

Les quelques rares cas que S. a pu trouver dans la littérature médica l se sont tous terminés par la mort. A.-F. PLICQUE.

RASUMOWSKY. Die Operation der Nasenrachenpolypen mit vorgehender Tracheotomie (Extirpation des polypes naso-pharyngiens après trachéotomie préalable) (*Arch. f. klin. Chir.*, *LIV*, *2*, *p. 364*).

L'auteur recommande de ne pas opérer les malades tant qu'ils se trouvent dans un état d'anémie résultant d'hémorragies antérieures. Il s'efforce d'enrayer l'hémorragie opératoire au moyen de l'électrolyse avec des courants d'intensité moyenne.

Il emploie la voie nasale, qui présente le moins d'inconvénients et conduit le plus directement sur le pédicule de la tumeur.

C'est l'opération préliminaire d'Ollier qui consiste à détacher le nez de haut en bas pour le replier provisoirement sur la bouche. On procède ensuite à l'éradication complète du polype à l'anse galvanocaustique en tamponnant le pharynx. Cette opération n'entraîne aucune déformation appréciable du visage.

R. conseille la trachéotomie préliminaire lorsqu'on n'a pas affaire à une tumeur bien pédiculée et lorsqu'on prévoit une hémorragie notable.

MARCEL BAUDOUIN.

E. DOYEN. Extirpation extemporanée, par les voies naturelles, des gros polypes naso-pharyngiens (*Bull. méd.*, *21 avril 1897*).

On détache le pédicule dont le point d'implantation est toujours postérieur au vomer. Les prolongements faciaux sont extraits avec la masse principale de la tumeur ou après morcellement.

Il faut surtout opérer vite. Le sang coule abondamment, mais cet écoulement cesse de lui-même dès que la tumeur est extraite. LEFLAIVE.

H. GAUDIER. Un cas de fibrome naso-pharyngien chez une vieille femme (*Écho méd. du Nord, p. 339, 1897*).

Obs. curieuse par la rareté de ces tumeurs chez la femme. Il s'agissait d'une vieille femme de 60 ans, ayant une tumeur naso-pharyngienne, qui remplissait le cavum, du volume d'une mandarine, saignant après examen et implantée par une large base sur l'apophyse basilaire et probablement sur la première vertèbre cervicale. Ablation, sans anesthésie, au moyen d'un large adénotome. Suites opératoires simples. Pas d'hémorragie. A. CARTAZ.

FRARIER. Rétrécissement du pharynx : pharyngotomie transhyoïdienne (*Lyon méd., 9 mai 1897*).

Femme de 33 ans, ayant, par suite de syphilis conjugale, une adhérence complète de la luette et du voile du palais à la paroi pharyngée postérieure. Au laryngoscope, on constate une double bride cicatricielle portant en avant des deux piliers postérieurs et se dirigeant en arrière pour rejoindre la paroi postérieure du pharynx. Vallas pratique la pharyngotomie transhyoïdienne et libère les adhérences; un appareil de Martin empêche la coalescence des tissus. A. CARTAZ.

KROENLEIN. Ueber Pharynxcarcinome und Pharynxextirpation (*26e Congrès de chir. Berlin, avril 1897*).

De 1881 à 1896, K. a observé, à la clinique de Zurich, 61 cas de cancer du pharynx sur 18,000 malades et 900 cas de cancer.

Ces cas se répartissent entre 56 hommes et 5 femmes et comcomprennent :

1° Cancer naso-pharyngé, 2 cas;

2° Cancer oro-pharyngé, 30 cas;

3° Cancer laryngo-pharyngé, 29 cas.

La première forme est très rare; la seconde, au contraire, la plus fréquente, avec point de départ habituel dans le sinus amygdalien.

Dans la troisième forme, on peut distinguer comme points de départ le sinus pyriforme, la région rétro-laryngée (cancer circulaire du pharynx).

K. décrit les procédés opératoires et donne les résultats : sur 61 cas 29 ont pu être opérés, 11 succombant à l'opération, 10 guéris temporairement avec récidives en moyenne au bout de 7 mois; 2 seulement ont eu une guérison durable. A. CARTAZ.

R. ÉTIÉVANT. L'ostéotomie médiane de l'os hyoïde et la pharyngotomie transhyoïdienne de Vallas (*Gaz. des hôp., 25 sept. 1897*).

Dans cette étude intéressante, l'auteur passe en revue les diverses méthodes de pharyngotomie, montre la supériorité de celle de Vallas, dont il décrit en détail le manuel opératoire. Ce procédé a l'avantage d'exposer, moins que tout autre, aux complications post-opératoires (hémorragie, phlegmon, pneumonie, etc.). Il a donné dans 8 cas 8 succès.

D'une façon générale, il est applicable :

1° A l'extraction des corps étrangers du pharynx inférieur, du vestibule du larynx et de l'extrémité supérieure de l'œsophage;

2° Aux tumeurs de la région épiglottique et du vestibule;

3° Aux sténoses cicatricielles du pharynx inférieur (2 cas);
4° Aux tumeurs de la base de la langue (3 cas de cancer) et à celles de l'amygdale.

A. CARTAZ.

René LACOUR. De la pharyngotomie sous-hyoïdienne (*Thèse de Paris, 1897*).

Après avoir rappelé l'historique, énuméré les divers procédés opératoires, L. décrit avec détails la technique de la pharyngotomie sous-hyoïdienne qu'il faut toujours faire précéder d'une trachéotomie. Il insiste avec raison sur les soins consécutifs, suture et drainage, etc., et énumère les cas où l'opération est applicable (corps étrangers, tumeurs du larynx et du pharynx). Il trouve la méthode sous-hyoïdienne supérieure dans tous les cas, sauf pour les tumeurs de la base de la langue, à la pharyngotomie trans-hyoïdienne préconisée par Vallas.

L. a réuni 40 observations dont 1 inédite, ayant donné 10 morts.

A. CARTAZ.

C. BIAGGI. Contributo allo studio dei rapporti fra la balbuzie e le affezioni del naso e della faringe (*Arch. ital. di otol., V, p. 218*).

B. a examiné un certain nombre de sujets atteints de bégaiement et il a constaté chez 75, 4 0/0 des troubles de la respiration nasale; chez 33, 3 0/0 il y avait de la rhinite hypertrophique de tout l'anneau lymphatique de la gorge; chez 4, 4 0/0 des lésions du squelette, particulièrement de la cloison; enfin chez 37 7 0/0 des altérations de la voute palatine et de la disposition des dents.

L'insuffisance respiratoire créée par ces lésions peut influencer par les modifications de la circulation sanguine et lymphatique les centres du langage, modifiés ou prédisposés par l'hérédité. Il faut faire, avec le traitement de ces lésions, le traitement pédagogique du bégaiement.

A. CARTAZ.

F. DAGAIL. Contribution au traitement de l'ozène par l'électrolyse métallique et la circulation d'air chaud (*Thèse de Paris 1897*).

D. analyse les divers travaux publiés sur ce sujet, en montrant que le pouvoir bactéricide de l'oxychlorure de cuivre a été indiqué par Gautier et Favier, avant qu'on songeât à l'utiliser pour le traitement de l'ozène. Il est peut être trop absolu dans ses conclusions sur l'efficacité de l'électrolyse et en mettant les accidents notés par divers observateurs sur le compte d'appareils défectueux. Il publie plusieurs cas favorables d'ozène guéris par l'électrolyse et indique la technique opératoire. On se trouvera bien de l'emploi de l'air chaud circulant dans les fosses nasales qui serait, à lui seul, un moyen efficace de traitement.

A. CARTAZ.

P. HUGUES. De l'ozène vrai, et en particulier de son traitement par l'électrolyse interstitielle cuprique (*Thèse de Lyon 1897*).

H. a essayé la méthode de Capart et de Cheval en usant d'un courant

de 10 à 12 milliampères, sans jamais dépasser une quantité de 12 à 14 coulombs. Les résultats du traitement ont été : sur 17 cas traités, 3 guérisons chez des sujets de plus de 30 ans, 2 guérisons douteuses chez des sujets au-dessous de 20 ans; 6 cas bien modifiés, chez les autres pas de modification sensible. A. CARTAZ.

AUCHÉ et BRINDEL, Recherches bactériologiques sur l'ozène (*Soc. franç. d'otol., mai 1397*).

Les auteurs ont examiné 24 malades, dont 4 se rapportent à des coryza atrophiques anciens et guéris en apparence. Voici les résultats de ces examens :

1° Le diplo-bacille de Lœwenberg a été constaté dans tous les cas de coryza atrophique avec ou sans ozène en cours d'évolution. Il n'a pas été trouvé dans les coryzas atrophiques anciens, guéris en apparence.

2° Le bacille pseudo-diphtéritique a été constaté 18 fois sur 20 observations de coryza atrophique en évolution. Il a manqué dans 2 cas de coryza atrophique avec ozène.

Il a été rencontré 2 fois sur les 4 malades atteints de coryza atrophique ancien et très améliorés.

3° Le petit bacille de Pes-Gradenigo n'a été trouvé que chez des ozéneux, mais seulement dans la proportion de 3 sur 20.

4° L'électrolyse n'a pas déterminé de modifications dans la flore microbienne de nos malades. A. CARTAZ.

BRINDEL. Du traitement de l'ozène par l'électrolyse interstitielle (*Revue hebd. de lar., 21 août 1897*).

B. a traité 30 cas d'ozène par l'électrolyse; il indique avec détails la technique et donne un résumé étendu de chaque cas. Voici les résultats qu'il a obtenus :

Guérisons réelles	2
— apparentes	8
Amélioration notable	13
Résultat nul	7

En résumé, l'auteur conclut à une action fort limitée, qui ne dépasse pas les résultats obtenus par les autres méthodes, massage, pulvérisations, etc. A. CARTAZ.

Hugo HECHT. Zur therapeutischen Verwerthung des Elektrolyse in Nase und Nasenrachenraum (*Arch. f. Laryngol., VI, p. 229*).

H. a soumis au traitement par l'électrolyse 66 malades atteints d'affections nasales; 11 déviations, 18 éperons, 2 synéchies, 11 cas de déviations et éperons combinés, 10 cas de tumeurs nasales, 2 cas d'hydrorrée, 4 cas d'ozène, etc.

H. discute les indications et contre-indications de cette méthode et donne la technique opératoire; il discute la question du traitement élec-

trolytique de l'ozène et donne les résultats des quelques cas qu'il a traités par ce procédé. A. CARTAZ.

E. LOMBARD. Sérothérapie dans l'ozène (*Ann. mal. de l'or., nov. 1897*).

L. a traité par les injections de sérum antidiphtérique 15 cas d'ozène vrais, à la dose de 5 à 10 centimètres cubes tous les deux ou trois jours, le maximum des doses totales ayant été de 225 centimètres cubes, la moyenne, 125. D'une façon générale la fétidité a très rapidement disparu, les croûtes ont été souvent moins abondantes ; mais dans aucun des cas il n'est possible d'affirmer une guérison définitive ; chez des malades revus trois mois après, on trouvait le bacille de Befanti. Ce microbe, pas plus que celui de Lœwenberg, ne disparaît complètement pendant le traitement. A. CARTAZ.

SCHÖTZ. Occlusion osseuse congénitale de la narine postérieure gauche (*Berlin. klin. Woch., n° 4, p. 79, 25 janv. 1897*).

Fillette de 13 ans, à palais bien conformé, les 3 amygdales sont un peu volumineuses et la cloison des fosses nasales est déviée du côté gauche, siège de l'imperforation.

Schœtz avait déjà vu deux cas de même nature ; l'un chez une fille de 16 ans où l'imperforation des narines postérieures existait des deux côtés sans déviation de la cloison, l'autre chez une fillette de 14 ans, où l'occlusion unilatérale s'accompagnait d'une déviation de la cloison qui nécessita une opération préliminaire.

Les occlusions bilatérales semblent être un peu plus fréquentes.

En 1893, Hems (*Thèse Marbourg*) a réuni 19 cas d'occlusion des narines portérieures reconnues sur le vivant ; 11 étaient doubles, 6 concernaient la narine droite et 2 la gauche. Depuis lors, il a été publié un cas d'occlusion bilatérale et 4 cas d'occlusion de la narine postérieure droite.

Quant à l'opération, bien qu'elle paraisse très simple, elle offre maintes fois de grandes difficultés.

Lange a perdu un de ses malades de thrombose des sinus 6 jours après l'opération. D'autres opérateurs ont vu survenir des otites moyennes ; le fait est arrivé à Schoetz chez la malade atteinte d'occlusion bilatérale.

J. B.

E. KRONENBERG. Schleimpolypen d. Nase u. Naseneiterungen (Polypes muqueux du nez et suppurations nasales) (*Therap. Monats., n° 5, p. 259, mai 1897, et n° 6, p. 316, juin 1897*).

Si les auteurs n'ont pas trouvé dans la plupart des cas de suppurations nasales, c'est qu'ils ont négligé l'exploration avec le stylet. K. a examiné 45 cas et a trouvé 6 sans aucune sécrétion anormale, 13 0/0, et 39 fois, soit 87 0/0, une sécrétion anormale. 27 fois, 60 0/0, il y avait suppuration des cavités paranasales et 11 fois on constata une sécrétion anormale sans pouvoir incriminer une lésion cavitaire. PAUL TISSIER.

LAUBI. Vortrag über Eiterungen der Nebenhölen der Nase (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte, n° 12, p. 364, 15 juin 1897*).

Laubi a eu à soigner 86 cas de suppuration des sinus nasaux dont 75 du sinus maxillaire, 7 du frontal, 1 du sphénoïdal et 3 de l'ethmoïdal. De ces 86 cas 7 concernaient plusieurs sinus ; 1 fois il y en avait 5 d'atteints ; 1 fois 3 ; 5 fois 2.

Les causes les plus fréquentes de cette suppuration sont les maladies infectieuses, notamment la grippe, la diphtérie et la pneumonie. Pour le sinus maxillaire, il faut y joindre les lésions dentaires ; mais cette étiologie n'est pas si commune qu'on l'admettait car, malgré qu'à Zurich la carie dentaire soit assez répandue, L. n'a pu l'incriminer que chez 4 malades. Un malade avait en outre une otite moyenne aiguë, un autre une paralysie du nerf moteur oculaire commun, un 3e de l'exophtalmie. Des 54 individus atteints d'empyème chronique du sinus maxillaire, 18 (35 0/0) offraient des polypes nasaux. Il en était de même des 3 affectés de suppuration du sinus ethmoïdal et de 5 des 7 présentant plusieurs sinus malades.

Les associations les plus ordinaires de sinus suppurés sont d'une part celle du sinus frontal avec les cellules ethmoïdales antérieures, d'autre part, celle du sinus sphénoïdal avec les cellules ethmoïdales postérieures.

Après avoir insisté sur le diagnostic, qui est particulièrement délicat pour le sinus ethmoïdal, l'auteur aborde la question du traitement qui varie suivant l'âge de l'affection, les troubles morbides et l'état général. Les suppurations aiguës tendant généralement à guérir d'elles-mêmes, on peut se contenter le plus souvent de faciliter l'issue du pus par son débouché naturel.

Laubi passe ensuite en revue les différents procédés opératoires applicables aux empyèmes chroniques. De ses 54 empyèmes chroniques de l'antre d'Highmore, 41 soit 76 0/0 ont guéri par la simple perforation de l'apophyse alvéolaire, malgré que certains datassent d'un grand nombre d'années ; mais les lavages doivent être continués souvent un an et même davantage. J. B.

LUC. Méningite suppurée consécutive à l'extirpation d'un sarcome fuso-cellulaire du sinus frontal guérie par l'ouverture du crâne et le lavage de la pie-mère (*Bull. Acad. de méd., 2 mars 1897, et Soc. franç. d'otol., mai 1897*).

Une femme portait une tumeur kystique au niveau de la région sourcilière droite ; ponctionnée, elle s'était reproduite. La trépanation du sinus frontal montra qu'il contenait un liquide colloïde et des fongosités sarcomateuses. Une suppuration secondaire nécessita une seconde intervention qui fit reconnaître l'existence d'un prolongement intra-orbitaire de la tumeur enlevée. Il survint alors des phénomènes d'encéphalite suppurée.

Incision de la dure-mère, lavage de la surface cérébrale recouverte d'un exsudat suppuré ; ponction des circonvolutions cérébrales avec résultat négatif. La malade resta dans un état satisfaisant pendant un certain temps, puis les troubles cérébraux réapparurent. Trépanation, ponction d'un abcès cérébral ; mort. LEFLAIVE.

RAFIN. Sinusite frontale, abcès du cerveau (*Lyon méd.*, *13 juin 1897*).

Femme de 25 ans prise, à la suite de coryza, en décembre 1894, de gonflement au niveau de la région sourcilière gauche. Incision d'un abcès, élimination de séquestres. Quelques mois plus tard, perte de la vue, lésions de névrite double, dues à une sinusite fronto-ethmoïdale. Opération en juillet 1896. Ouverture du sinus frontal, drainage des cellules ethmoïdales qu'on trouve saines ainsi que le sinus sphénoïdal. A la face profonde du sinus frontal, tuméfaction qu'on ponctionne sans résultats avec la seringue de Pravaz. Quelques jours plus tard, on constate qu'une sonde pénètre dans la direction du lobe frontal. En septembre 1896, incision de la dure-mère, écoulement d'un gros abcès à la base du lobe frontal. Tout va bien pendant quelque temps lorsqu'en janvier 1897 éclatent des crises convulsives. Trépanation large au-dessus du sinus frontal. Débridement de l'ancien abcès sans écoulement. Trois ponctions, sans résultat, dans le cerveau. Amélioration rapide; il ne reste plus qu'une fistule provenant des cellules ethmoïdales.

A. CARTAZ.

LUC. Nouvelle méthode opératoire pour la cure radicale et rapide de l'empyème chronique du sinus maxillaire (*Arch. intern. de lar.*, *X*, *p. 272*, *1897*).

L'auteur a réussi à éviter les inconvénients des diverses méthodes opératoires et à réunir au contraire leurs avantages respectifs par le procédé suivant : *a*) Ouverture large du sinus maxillaire par la voie canine; incision de la muqueuse gingivale au bistouri, à 15 millimètres au-dessus du collet des dents, refoulement de la muqueuse avec la rugine, et résection de la plus grande partie de la paroi antérieure du sinus.

b) Curetage minutieux des fongosités du sinus, à l'aide de l'éclairage électrique, et cautérisation avec une solution forte de chlorure de zinc.

c) Création, avec la gouge et le maillet, d'un orifice de communication entre le sinus et la fosse nasale, au niveau de la partie antérieure et inférieure de la paroi interne de l'antre et de l'extrémité antérieure du méat inférieur.

d) Introduction, au moyen d'un stylet courbe, d'un drain à travers l'hiatus artificiel qui vient d'être créé. Ce drain est maintenu dans le sinus par son extrémité évasée et ressort, d'autre part, par la narine.

e) Réunion, par première intention, de la plaie gingivale, au moyen d'un catgut fin, après que le sinus a été bien saupoudré d'iodoforme.

Au bout de 3 jours environ, la plaie gingivale est cicatrisée, et le foyer, soustrait au danger de l'infection buccale, n'est plus en communication avec l'extérieur que par le nez. Par le drain laissé en place, on le maintient aseptique les jours suivants au moyen d'injection d'éther iodoformé, et plus tard par des irrigations avec des solutions de formol ou d'acide borique.

Au bout de 15 à 20 jours, le drain est retiré, par une traction légère, hors du nez, et la guérison est complète.

Luc donne l'observation de 3 malades opérés avec succès par cette nouvelle méthode.

A. CARTAZ.

LUC. Des complications intra-craniennes survenant dans le cours des suppurations voisines du crâne, oreille moyenne et sinus frontal (*Arch. int. de lar., X, p. 410*).

Excellent travail dans lequel L. montre, par les détails circonstanciés des faits qu'il relate, les difficultés du diagnostic de certaines complications cérébrales, la latence curieuse d'abcès même volumineux; il en tire des déductions très intéressantes pour l'opérateur.

Il conseille en effet de s'arrêter dès qu'on a trouvé une lésion justifiant les symptômes accusés par le malade. Les méninges mises à nu, on ne doit aller au delà que si l'on ne trouve ni foyer extra ou subdural, ou sous-arachnoïdiens et attendre, pour intervenir à nouveau plus tard.

Voici le résumé des 5 cas :

1° Homme de 54 ans, sinusite frontale fongueuse double, abcès du lobe frontal droit diagnostiqué et ouvert, mort le 5e jour;

2° Jeune fille de 15 ans, opérée 5 ans avant d'adénoïdes. Malgré cela otite moyenne double suppurée chronique. Evidement attico-antral bilatéral pour une ostéite fongueuse ; perforation spontanée du tegmen à droite avec chute de la dure-mère gênant le curetage du foyer. 8 jours plus tard, signes d'abcès cérébral droit. Ouverture d'un abcès profond du lobe sphénoïdal ; reproduction de l'abcès, réouverture avec drainage intra-cérébral à 6 centimètres. Mort après une survie de deux mois avec signes d'épanchement ventriculaire aigu ;

3° L'obs. est publiée page 311 ;

4° Opération de Stacke chez un homme de 20 ans. Rétention de pus à la surface de la dure-mère, coma passager avec grande attaque éclamptiforme, lavages, guérison ;

5° Enfant de 11 ans. Abcès sous-dural suite d'otite. Symptômes méningitiques enrayés par l'ouverture du foyer. Ouverture du sinus latéral dans l'opération ; tamponnement. Reprise de l'hémorragie au 3e pansement. Anurie et albuminurie, Abcès métastatique de l'articulation du coude. Mort par hémorragies internes.

A. CARTAZ.

G. MARTUSCELLI. Sarcomi nasali, studio istologico (*Arch. ital. di lar., XVII, p. 121*).

Après avoir passé en revue, d'une façon complète, les travaux publiés sur ce sujet depuis vingt ans, M. relate cinq cas de tumeurs sarcomateuses du nez et donne une description détaillée des résultats fournis par l'examen histologique. Les plus fréquemment observées sont le sarcome fuso-cellulaire, le fibro-sarcome, l'ostéo-sarcome, puis, variétés plus rares le mélano-sarcome, le sarcome endothélial, télangiectasique, l'ossifiant et le myxo sarcome. D'après ses recherches, M. est convaincu que les sarcomes du nez sont, dans la majorité des cas, des transformations de tumeurs bénignes.

A. CARTAZ.

Robert PLATOW. Bleilähmung der Kehlkopfmuskeln (Paralysie saturnine des muscles du larynx) (*Deutsche med. Woch., n° 3, 14 janv. 1897*).

Homme de 47 ans, peintre, ayant déjà eu des douleurs articulaires et

de la raucité de la voix, cette fois encore, la maladie avait débuté par l'arthralgie. Il n'y avait ni alcoolisme, ni syphilis. La dypnée était accompagnée d'une respiration stridente qu'on entendait de loin, les joues étaient cyanosées, les gencives fongueuses avec liseré. Au laryngoscope, on constate de l'œdème du larynx, les ligaments crico-aryténoïdiens supérieurs sont épaissis et gonflés surtout le gauche et couvrent les cordes vocales. La corde gauche reste fixée à la ligne médiane, la droite est légèrement attirée en dehors pendant la respiration, mais elle ne laisse qu'une fente très étroite pour le passage de l'air ; pendant la phonation, elle se porte nettement vers la ligne médiane.

Les troubles cédèrent sous l'influence de dérivatifs : glace, sangsues, purgatifs et la trachéotomie put être évitée. Ce malade n'a pas eu de colique saturnine ; l'ensemble de son histoire ne permet pas d'attribuer à une autre cause qu'au plomb sa crise laryngée. H. DE BRINON.

Y. ARSLAN. Syphilis héréditaire précoce du larynx chez les enfants (*Arch. int. de lar., X, p. 383*).

Tout en regardant la syphilis héréditaire du larynx comme très rare au-dessous de 3 ans, A. pense que bien des cas passent inaperçus. Il rappelle les travaux publiés sur ce sujet et relate 6 observations inédites. La forme ulcéreuse est plus fréquente que la forme néoplasique ; cette dernière, caractérisée par une infiltration diffuse interstitielle de la muqueuse et des glandes, par de la périchondrite, se rapproche tout à fait des lésions tertiaires. A. discute le diagnostic difficile quelquefois en raison de l'impossibilité de faire un examen laryngoscopique chez d'aussi jeunes enfants. A. CARTAZ.

GOUGUENHEIM et A. GUINARD. Traitement chirurgical du lupus du larynx (*Ann. mal. de l'or., août 1897*).

Relation d'un cas de lupus du larynx chez un jeune garçon de 10 ans, avec lupus nasal. Insuccès de divers traitements. Laryngotomie, ablation de l'épiglotte, curetage de tout le larynx et cautérisation au thermo-cautère. Six mois après, il n'y avait pas de récidive.

Brondgeest (*Cong. de méd. int. de Munich,* 1896) avait pratiqué la pharyngotomie sous-hyoïdienne, puis, ultérieurement la laryngotomie pour un lupus laryngien. La guérison se maintenait depuis 6 ans.

A. CARTAZ.

F. MASSEI. Cinquecento casi di tumori laringei (*Arch. ital. di lar., XVII, p. 110*).

La statistique des cas observés par Massei comprend 500 tumeurs qui se divisent en :

Papillomes	183
Fibromes	156
Epithéliomes	67
Kystes	27
Myxomes	10
Encéphaloïdes	6

Tumeurs amyloïdes	5
Adénomes	4
Gommes	2
Non déterminées	38

M. donne quelques détails sur les cas principaux. A. CARTAZ.

I. — Albert ROSENBERG. Die Behandlung der Kehlkopfpapillome bei Kindern (*Archiv f. Laryng.*, *V*, *p. 402*).

II. — O. FRANKENBERGER. Papillomes multiples du larynx chez les enfants (*Ann. mal. de l'or.*, *juill. 1897*).

I. — R. publie 19 observations de papillomes du larynx chez l'enfant, dont 16 recueillis à la polyclinique sur un chiffre de 5,808 enfants. En réunissant les cas publiés pour lesquels on a pratiqué la laryngotomie R. donne une statistique de 88 cas, dont 59 chez des enfants au-dessous de 6 ans, 24 entre 6 et 13 ans; 37 garçons, 38 filles. Sur ces 88 cas, on compte 17 morts, 34 récidives, 32 guérisons, 5 cas où le résultat n'est pas indiqué.

R. conseille d'essayer avec persévérance la méthode endolaryngée à moins que la dyspnée ne soit très prononcée; dans ce cas, faire la trachéotomie, et essayer encore l'extirpation endolaryngée. La thyrotomie ne doit être qu'un moyen d'exception.

II. — F. publie une observation de papillomes chez un enfant de 4 ans, pour lesquels on dut pratiquer la laryngofissure avec un succès complet. L'examen laryngoscopique, même avec anesthésie, était à peu près impossible. Dans des cas semblables, il ne peut être question que d'une intervention extra laryngée. A. CARTAZ.

HERYNG. Traitement du papillome du larynx par le sulfo-ricinate de phénol (*Gaz. lekarska*, *29 mars*, *5*, *12 et 26 avril 1897*).

L'auteur a traité par le sulforicinate de phénol 5 malades dont l'âge variait entre 7 et 58 ans. Les papillomes siégeaient le plus souvent sur les cordes vocales, plus rarement sur les cartilages de Santorini. Dans 2 cas, il y avait des troubles respiratoires, en outre de la dysphonie. Chez tous les malades, malgré le traitement usuel, il y avait eu des récidives. H. employa alors le sulforicinate de phénol à 30 0/0, sous forme de badigeonnages plusieurs fois par semaine. Dans tous les cas, les tumeurs disparurent, dans les cas récents, au bout de quelques séances; en moyenne, le traitement dura 2 à 4 semaines. Cependant les grandes tumeurs indurées nécessiteront, malgré tout, l'intervention opératoire. H. FRENKEL.

J. SENDZIAK. Die bösartigen Geschwülste des Kehlkopfes (*in-8°*, *240 p.*, *Wiesbade*, *1897*).

S. a réuni dans ce travail 452 cas d'opération pour cancer du larynx et 50 de sarcome qui se répartissent ainsi :

	CANCER			SARCOME		
Laryngectomie totale...	188 cas.	44,7 0/0	morts.	11 cas.	27,3 0/0	morts.
Laryngectomie partielle ou unilatérale.......	110 —	26,3 0/0	—	10 —	30 0/0	—
Laryngofissure........	92 —	9,8 0/0	—	12 —	0	—
Opérations intralaryngées...............	32 —	0	—	13 —	0	—
Pharyngotomie sous-hyoïdienne.........	8 —	62,5 0/0	—	4 —	0	—

L'auteur étudie les symptômes, le diagnostic de ces deux affections, discute les indications d'intervention, décrit les divers procédés. C'est une revue très complète; la bibliographie ne comprend pas moins de 644 numéros. A. CARTAZ.

Priestley LEECH. A case of polypus of the epiglottis : sub-hyoid pharyngotomy (*The Lancet, p. 390, 14 août 1897*).

Un homme de 54 ans portait dans la gorge une tumeur d'apparence kystique, du volume d'une mandarine, située juste en arrière de la base de la langue : depuis deux ans, le malade se plaint de troubles du côté de la voix, de la respiration et de la déglutition, avec sensation de corps étranger dans la gorge. La tumeur paraissait sessile et insérée sur le bord libre de l'épiglotte.

On crut à un kyste, et on fit une ponction qui détermina une hémorragie telle qu'on dut passer autour de la tumeur un fil métallique, puis un fil de soie. L'hémorragie reparut le lendemain, en même temps que la tumeur ulcérée était le siège d'un écoulement muco-sanguinolent abondant.

Une trachéotomie fut pratiquée avec le secours de la cocaïne, et on anesthésie ensuite le malade au chloroforme : on fit alors une pharyngotomie sous hyoïdienne : la tumeur s'insérait au sommet de l'épiglotte par un pédicule large de deux centimètres : elle fut excisée sans incident. La plaie fut refermée, et le patient parut aller bien dans les premières heures qui suivirent l'opération, mais le lendemain dans l'après-midi survint de l'agitation avec pouls à 138 et respiration à 50 et le patient mourut dans la soirée, sans que la cause exacte de la mort ait pu être déterminée.

La tumeur était composée de tissu fibro-cellulaire, très distendu par du sang extravasé. P. MAUBRAC.

I. — VARIOT et BAYEUX. L'écouvillonnage du larynx dans le croup membraneux à l'aide du tube de O'Dwyer modifié (*Soc. méd. des hôp., 3 juill. 1897*).

II. — M[lle] Marie SCHULTZ. Du traitement opératoire du croup, écouvillonnage du larynx et dilatation de la glotte (*Thèse de Paris, 1897*).

I. — V. et B. ayant observé que le tube refoulait souvent des membranes, que la toux provoquée faisait rejeter avec le tube des paquets de membranes et que cette expulsion amenait la cessation fréquente des accidents d'asphyxie, ont eu l'idée d'employer le tubage tout à fait temporaire dans les diphtéries très membraneuses.

Ils donnent à ce procédé le nom d'écouvillonnage du larynx et emploient le tube court de Bayeux. Il n'est guère possible de diagnostiquer les cas

où il est applicable; c'est au moment du tubage qu'on constatera si le retrait, après quelques instants, suffit pour provoquer le rejet des membranes et la cessation de l'asphyxie. Il est facile, du reste, de replacer le tube et de faire un second ou plusieurs écouvillonnages ou enfin de laisser le tubage plus ou moins permanent.

Sur 23 enfants, 9 ont guéri après un ou plusieurs écouvillonnages sans laisser le tube à demeure; les autres ou ont eu le tube à demeure ou ont été trachéotomisés.

II. — Dans sa thèse, très documentée, M[lle] S. vient apporter à l'appui des idées de V. une statistique de 170 cas de diphtérie, dont 100 cas traités par ce procédé. Sur ces 100 cas, un seul écouvillonnage a suffi dans 24 cas, un ou plusieurs, mais sans autre intervention dans 36. Ce tubage répété ne provoque pas d'accidents laryngés, moins peut-être que le séjour permanent des tubes. Dans certains cas, le tubage ne peut être momentané, il doit rester en permanence quelques heures, tubage intermittent de Bayeux. C'est surtout chez les enfants au-dessus de 2 ans qui ont un spasme glottique moins tenace que les jeunes que l'écouvillonnage réussit. A. CARTAZ.

GRAF. Ueber dauernde Heilungen von Kehlkopfcarcinom durch Exstirpation (*Berlin. klin. Woch., n° 20, p. 438, 17 mai 1897*).

De 1883 à 1896, von Bergmann a opérés 48 tumeurs malignes du larynx: 47 cancers et un enchondrome; 28 fois il a fait l'extirpation totale du larynx, 19 fois l'unilatérale et 9 fois la partielle. Le diagnostic a été vérifié sur le microscope. Les opérés comprenaient 42 hommes et 6 femmes; leur âge variait entre 31 et 72 ans. Comme premier temps opératoire, il a constamment pratiqué la trachéotomie et fait ensuite la laryngotomie. Chez 7 opérés seulement, la voie était insuffisante pour se passer d'un larynx artificiel.

Deux des malades qui ont subi l'ablation totale du larynx sont guéris l'un depuis 7 ans, l'autre depuis 33 mois; un 3[e] opéré, il y a 10 mois, n'offre pas de récidive. Les résultats définitifs de l'extirpation unilatérale sont encore meilleurs: von B. compte 4 guérisons durables et autant à la suite d'ablations partielles du larynx. J. B.

Edmund MEYER. Trachéotomie pour croup suivie de rétrécissement du larynx et de fistule laryngo-œsophagienne; mort par tuberculose (*Berlin. klin. Woch., n° 27, p. 592, 5 juill. 1897*).

Garçon de 9 ans trachéotomisé pour croup à l'âge de 3 ans. En décembre 1896, il rentre à l'hôpital pour un rétrécissement du larynx.

Moitié droite de l'épiglotte rétractée en arrière par une cicatrice. A l'intérieur du larynx, tissu cicatriciel s'étendant du cartilage aryténoïde droit, sur la paroi laryngée gauche, jusqu'à la commissure antérieure. Les phénomènes réactionnels consécutif à un tubage rendent nécessaire la trachéotomie le jour même de l'admission. Dilatation consécutive du rétrécissement.

Pendant ce traitement, survint une bronchite généralisée qui bientôt s'accompagne de fièvre. Mort en mai 1897.

Autopsie : Tuberculose des poumons. Du côté gauche du larynx, cicatrice allant du cartilage aryténoïde droit à l'angle intérieur du thyroïde.

Sur la paroi postérieure du larynx, ouverture obturée par un pli de la muqueuse, cette ouverture aboutit dans l'œsophage et se trouve sur le chaton du cricoïde qui présente une vaste perte de substance au fond d'une dépression cicatricielle.

Cette fistule œsophagienne n'avait donné lieu à aucun symptôme parce que la muqueuse de la paroi latérale de l'œsophage s'était invaginée dans l'orifice.

J. B.

SEIFERT. Examen de sourds-muets (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 26, p. 572, 28 juin 1897*).

L'examen de Scifert a porté sur 221 enfants sourds-muets des Instituts de Wurtzbourg et de Gerlachsheim (Bade) âgés de 6 à 18 ans et comprenant 142 garçons et 79 filles.

Chez 89 enfants dont 55 garçons, le nez, le pharynx nasal et le larynx étaient normaux.

Comme altérations du larynx, il a rencontré 1 fois soit une anémie intense, soit une laryngite chronique, soit une atrophie des cordes vocales.

Comme lésion du pharynx, il a noté 1 gueule-de-loup, 2 luettes bifides 20 hypertrophies des amygdales, pharyngites atrophiques et 30 pharyngites granuleuses.

Comme lésions nasales, il a constaté 13 fois de l'eczéma des narines, 5 fois de la rhinite subaiguë, 18 fois de la rhinite atrophique, 15 fois de la rhinite hypertrophique, 18 fois des polypes, et 53 fois des végétations adénoïdes assez volumineuses pour nécessiter l'opération dont 34 fois chez des garçons.

Parmi les 221 sourds-muets, 57 fois l'infirmité était congénitale, 42 fois consécutive à une méningite, 17 fois à des convulsions, 15 fois à la scarlatine, 11 fois à des otites, 7 fois à la diphtérie, 7 fois à des traumatismes, 6 fois à la fièvre typhoïde, 6 fois au rachitisme, 4 fois à la rougeole, 2 fois à une attaque apoplectique ; 14 fois à une maladie non déterminée.

Le facteur héréditaire se trouvait chez 13 enfants.

Des essais d'écriture avec la main gauche faites par 221 de ces sourds-muets ont donné 11 59,90 0/0, écritures complètement spéculaires et 10 58,76 0/0 incomplètement spéculaires. Ni l'intelligence, ni le sexe n'ont paru avoir d'influence sur cette écriture. J. B.

COLLET. Les troubles auditifs dans les maladies nerveuses (*In-8°*, *Paris*, *1897*).

Dans cet intéressant ouvrage, l'auteur résume tous les travaux relatifs aux manifestations auditives dans les affections du système nerveux. Il débute par un chapitre de diagnostic où sont clairement exposées et mises à la portée de tout clinicien les principales méthodes d'investigation de l'oreille interne (expérience de Weber, épreuve de Rinne, épreuve de Gellé, etc.). Vient ensuite l'étude des troubles auditifs dans l'hydrocéphalie, les tumeurs cérébrales, les méningites; ceux du tabes, de la scié-

rose en plaques, des névroses. Une mention spéciale doit être réservée à la paralysie faciale et à l'otite névro-paralytique qui accompagne les lésions du trijumeau. L'auteur utilise ensuite tous ces documents pour résoudre, par la méthode anatomo-clinique, la question des origines du nerf acoustique, sur laquelle les études d'anatomie comparée et d'embryologie ont déjà jeté tant de lumière. On trouvera au chapitre voies acoustiques tout ce qu'on connaît d'essentiel à ce sujet dans l'état actuel de la science. A. C.

LEUTERT. Die Bedeutung der Lumbalpunction..... (Importance de la ponction lombaire pour le diagnostic de complications intracraniennes de l'otite (*Münch. med. Woch.*, *23 fév. 1897*).

La ponction lombaire a été employée à exclure et non à diagnostiquer la méningite ; au point de vue de l'otiatrie, son importance est considérable pour distinguer la méningite de la thrombose des sinus ou de l'abcès du cerveau. L'auteur rapporte 2 obs. de méningite purulente, 2 de méningite purulente avec thrombose des sinus, une de méningite purulente avec abcès du cerveau, une de méningite cérébro-spinale épidémique, une de thrombose des sinus, une d'abcès périsinusal, une de thrombose des sinus avec méningite encapsulée et abcès cérébral, et une de thrombose des sinus avec abcès du cerveau ; en tout 11 obs. dans lesquelles a été pratiquée la ponction lombaire. Jamais cette ponction n'eut d'effet thérapeutique ; une fois la mort survint 15 minutes après la ponction, mais le malade était mourant.

Au point de vue diagnostique, la quantité de liquide, si elle est petite, peut tenir à divers facteurs, qui empêchent la communication entre la cavité cranienne et la cavité vertébrale. Si la quantité est grande, cela prouve que cette communication existe. Alors, s'il y a méningite purulente, le liquide contient des quantités plus ou moins grandes d'exsudat (leucocytes, bactéries). L'absence de signe de méningite peut donc permettre une intervention hâtive si on diagnostique : thrombose des sinus ou abcès du cerveau. Il faut noter qu'une grande quantité de liquide clair, signifiant absence de méningite purulente peut signifier : méningite tuberculeuse. C. LUZET.

MOURE. Sur trois cas de complications intracraniennes, d'origine otique (*Société franç. d'otol.*, *mai 1897*).

1° Il s'agit d'un enfant de 5 ans, qui, au cours d'une otite moyenne suppurée aiguë, fut pris de phénomènes fébriles, avec léger empâtement à l'extérieur de l'apophyse mastoïde. Une incision pratiquée à ce niveau laissa s'écouler un peu de pus, et le stylet introduit par l'ouverture permit de reconnaître une lésion osseuse allant probablement vers la cavité cranienne. L'enfant fut chloroformisé et une trépanation fut faite à ce niveau, c'est-à dire au-dessus du sinus latéral. Une fois la cavité ouverte, il s'écoula une quantité assez considérable de pus, la dure-mère était absolument fongueuse, le sinus refoulé vers l'intérieur du crâne, les méninges enflammées, sur une surface qui mesurait, environ 3 centimètres de large et environ 2 centimètres 1/2 de hauteur. La lésion fut soigneusement curetée, l'enfant guérit rapidement.

2° Femme accouchée depuis 5 jours et ayant présenté avant son accouchement des symptômes d'aliénation mentale ayant fait penser soit à de l'urémie, soit même à des troubles psychiques d'origine puerpérale. Après l'accouchement les symptômes ayant persisté et l'oreille droite suppurant, Moure conclut à des lésions intra-craniennes d'origine otique et proposa une intervention.

La cavité mastoïdienne et la caisse étaient remplies de fongosités et de pus; la fosse cérébrale moyenne fut ouverte ; il existait à ce niveau du pus et des fongosités, des symptômes de méningite localisée, la malade succomba 48 heures après l'opération, et à l'autopsie on trouva un vaste abcès cérébral ayant détruit tout le lobe temporo-sphénoïdal, ouvert dans le ventricule. La substance cérébrale était absolument ramollie autour de lui, car l'abcès n'était pas enkysté.

3° Enfant de 30 mois, pris à la suite de rougeole d'otite moyenne suppurée aiguë qui sembla guérir, la fièvre ayant persisté, accompagnée même de frissons, M. perfora le tympan. Quarante-huit heures après, les symptômes généraux ne s'étant pas amendés, l'antre et la caisse furent largement ouverts et curetés. Ils contenaient des fongosités et du pus. Les phénomènes de pyohémie persistant, M. pensa à l'existence d'une phlébite du sinus latéral et proposa une troisième intervention qui fut malheureusement ajournée par la famille. Appelé à intervenir lorsque la situation fut devenue beaucoup plus grave et l'état général mauvais, il ouvrit le sinus latéral qui était rempli de pus, qui se vida par saccade, au moment de l'intervention ; le sinus fut alors drainé avec du catgut, l'enfant succomba 36 heures après l'opération.

Th. ACLAND et Ch. BALLANCE. Cerebellar abscess secondary to ear disease (*St-Thomas's hosp. Rep.*, *XXIII*, *p. 133*).

Mémoire important, renfermant le résumé de 77 cas cas d'abcès du cervelet consécutifs à de l'otite, dont 24 observés à l'hôpital Saint-Thomas.

Les données les plus intéressants qui en ressortent sont les suivantes:

1° Tout cas d'abcès cérébelleux non opéré est nécessairement mortel. Ce n'est qu'à partir de 1886 que l'on a commencé à intervenir chirurgicalement, depuis lors, 10 cas ont guéri après opération, 16 sont morts. C'est une proportion assurément élevée, mais qui peut permettre quelque espoir.

2° Lorsqu'un abcès encéphalique est consécutif à une otite et ne s'accompagne pas d'infection purulente, il est toujours situé, soit dans le cervelet, soit dans le lobe temporo-sphénoïdal, du côté correspondant à la lésion auriculaire.

3. Si la paralysie survient comme conséquence de l'abcès du cervelet, elle siège du côté correspondant à la lésion, et non pas du côté opposé, comme on pourrait le supposer par analogie avec ce qui se passe pour les hémisphères cérébraux.

Au point de vue étiologique, voici les conclusions du mémoire.

Les abcès cérébraux et cérébelleux constituent heureusement une très grande exception dans les maladies de l'oreille. D'après Jansen, il n'y a que 7 cas d'abcès pour 5,000 personnes malades des oreilles; 6 sur 2,500 dans les cas d'otite chronique, un sur 2,600 d'otite aiguë.

La chronicité de l'otite n'offre aucune immunité relativement à l'occurrence d'un abcès du cerveau. Celui-ci une fois déclaré, les accidents se précipitent rapidement. Les 4/5 succombent dans la 4e semaine, presque la moitié après la seconde ; rarement avant la fin de la 1re semaine. H. R.

LANNOIS. Pneumatocèle de la région mastoïdienne (*Lyon méd., 22 août 1897*).

Malade de 31 ans, ayant eu des suppurations de l'oreille; depuis quelques années, il voit, quand il rit un peu fortement, se produire un gonflement en arrière de l'oreille.

Il y a un mois cette tumeur a rougi, s'est enflammée; on a ouvert l'abcès sans trouver l'orifice de sortie de l'air.

L. indique les causes de la pneumatocèle mastoïdienne, emphysème traumatique, ouverture spontanée de la mastoïde dans la suppuration des cellules, enfin existence de fentes congénitales. C'est une affection des plus rares. A. CARTAZ.

MOUNIER. Du traitement chirurgical de l'otite moyenne sèche (*Soc. franç. d'otol., mai 1897, et Arch. int. de lar., X, p. 263*).

Après avoir passé en revue les diverses opérations pratiquées chez les scléreux pour améliorer la surdité et les bruits, l'auteur se rallie à l'ablation du tympan et des deux gros osselets. Il est partisan, lui aussi, comme certains opérateurs, d'une résection partielle de la paroi postéro-supérieure du conduit pour mieux voir l'étrier et le dégager.

Toutefois, il propose de pratiquer cette résection osseuse *par le conduit*, sans décollement préalable du pavillon, ce qui occasionne un bien moindre traumatisme. Il présente, dans ce but, un instrument fort simple qu'il appelle *protecteur-gouge*. Après avoir exposé la technique de cette opération, il donne quelques indications sur un procédé rapide pour enlever l'enclume et le marteau.

Pour lui, on ne doit promettre une amélioration de l'audition qu'aux scléreux chez lesquels l'épreuve de Rinne devient positive aussitôt la perforation du tympan, de négative qu'elle était auparavant. Il préconise l'acide chromique pour pratiquer rapidement et presque sans douleur cette paracentèse exploratrice.

Il insiste sur l'importance des pansements consécutifs desquels dépend souvent tout le résultat opératoire.

L'audition des opérés, pour la voix parlée, augmente dans la proportion de 1 à 5; les bruits cessent complètement chez quelques patients, chez les autres ils s'atténuent notablement ainsi que l'état habituel de congestion de la face. A. CARTAZ.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année ou le volume ne sont pas indiqués sont de 1897.

A

Abcès. — Grinbaum. Quatre cas d'abcès sous-phréniques. (*Vratch*, 14 août.) — Rinaldi. Abcès sous-diaphragmatiques. (*Riforma med.*, 9 août.) — L. Gauthier. Abcès de fixation dans deux cas de fièvre typhoïde, l'un chez un jeune garçon, l'autre chez une jeune fille atteinte de rhumatisme articulaire aigu. (*Rev. méd. Suisse romande*, mars.).

Abdomen. — Schuster. De la palpation abdominale au bain chaud. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 370, 26 avril.) — Tyson. Le diagnostic de l'ascite. (*J. Amer. Ass.*, 7 août.) — Cleuet. Des abcès et phlegmons de la paroi abdominale antérieure. (*Thèse de Lille.*) — Klein. Psoitis, hématome enflammé du psoas, datant de 2 mois, laparotomie, mort par hémorragie, hémophilie. (*Arch. de méd. mil.*, oct.) — Lœwenstein. Des maladies du foie et de la rate suite de contusions abdominales. (*Thèse de Breslau.*) — Delore. Des contusions de l'abdomen avec péritonite traumatique sans lésions viscérales. (*Gaz. hebd. Paris*, 19 sept.) — Hunter. Plaie abdominale avec hernie de tout l'estomac. (*Lancet*, 28 août.) — Furginele. La laparotomie pour les plaies par armes à feu. (*Giorn. int. sc. med.*, 31 août.) — Surmay. Coup de baïonnette ayant traversé le ventre de part en part ; guérison sans intervention opératoire et sans aucun accident en moins de vingt jours. (*Arch. gén. de méd.*, oct.) — Frank. Plaies perforantes de l'abdomen avec lésion des intestins. (*Wien. klin. Woch.*, 2 sept.) — Nunez. Diagnostic et traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen. (*Brit. med. j.*, 9 oct.) — Ruotte. Coup de feu de l'abdomen avec lésions de l'intestin, expectation, guérison. (*Arch. prov. de chir.*, VI, p. 618.) — Le Fort. Les plaies de l'abdomen par les coups de feu à blanc du fusil de 8 millimètres. (*Rev. de gyn.*, sept.) — Peterson. Tuberculose des ganglions mésentériques, traitement par la laparotomie. (*Med. News*, 28 août.) — Wyman. Présence de gaz dans les tumeurs abdominales. (*N.-York med. j.*, 2 oct.) — André. Un cas de tumeur de la paroi abdominale. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er juin.) — Braune. Des hydatides de l'abdomen. (*Thèse de Marbourg.*)

Accouchement. — Kjelzberg. Rapport sur le fonctionnement de la clinique

obstétricale de Christiana, 1887-1890. (*Norsk. Mag.*, mai.) — Budin et Crouzat. La pratique des accouchements à l'usage des sages-femmes. (In-18, 817 p., Paris, 1898.) — Ribemont-Dessaignes et Lepage. Précis d'obstétrique (2 vol., 3e édit., Paris.) — Leopold et Pinard. De l'exploration externe en obstétrique. (*Ann. de gyn.*, oct.) — Bastard. Etude du cordon ombilical après la naissance. (*Thèse de Paris.*) — Koenigstein. 2 cas de brièveté du cordon. (*Wiener med. Blätter*, 13 mai.) — Fieux. Méso-cordon et hémorragie du travail. (*J. méd. Bordeaux*, 25 juillet.) — Hare. La kola comme stimulant de l'utérus en travail. (*Therap. Gaz.*, 15 oct.) — Bacon. Emploi des injections salines normales en obstétrique. (*Medicine*, oct.) — Madden. L'emploi de l'ergot en obstétrique. (*Dublin Jour.*, 1er sept.) Græfe. Sur la provocation ou l'accélération du travail, par la colpeuryse intra-utérine. (*Münch. med. Woch.*, 20 juill.) — Verrier. Influence de l'accouchement sur les maladies nerveuses que présente ultérieurement l'enfant et en particulier sur la maladie de Little. (*Gaz. des hôp.*, 25 sept. — Barone. Le céphalématome dans l'accouchement. (*Gaz. d. Osped.*, 5 sept.) — Routh. Accouchement dans les cas de paraplégie. (*Trans. obst. Soc. London*, XXXIX, p. 191.) — Théret. Sur la rétention des membranes dans la délivrance à terme. (*Thèse de Lille.*) — Campbell. Le travail compliqué par les anomalies du col et du vagin. (*Brit. med. j.*, 23 oct.) — Poroschin. La grossesse et l'accouchement dans les rétrécissements acquis du vagin. (*Cent. f. Gyn.*, 9 oct.) — Audebert. Traitement des déchirures du col consécutives à l'accouchement. (*Gaz. hebd. Paris*, 12 août.) — Poroschin. Accouchement avec rétrécissement cicatriciel du vagin. (*Journ. d'obstétrique russe*, juin.) — Wilcox. Accouchement laborieux suivi de phlegmatia double et gangrène. (*Lancet*, 6 nov.) — Dupuy. Présentation anormale du tronc, extraction facile, infection rapide, mort. (*Bull. méd.*, 31 oct.) — Hagopoff. D'un meilleur mode de dégagement de la tête fœtale à travers l'anneau vulvaire pour prévenir les déchirures du périnée. (*Gaz. des hôp.*, 2 sept.) — Gessner. Etiologie des présentation de la face. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXVII, p. 302.) — Rokitansky. Extraction de la tête dernière. (*Arch. f. Gyn.*, LIV, p. 352.) — Mercier-Bellevue. Etude comparative de la dystocie du 4e temps dans les occipito-sacrées et le siège décomplété, mode des fesses. (*Thèse de Bordeaux.*) — Carbajal. Traitement des présentations occipito-postérieures. (*Cong. de Moscou*, *Presse méd.*, 11 sept.) — Leusser. Le régime de Prochownik pour obtenir des fœtus petits, dans l'étroitesse du bassin. (*Münch. med. Woch.*, 27 juill.) — Rapin. Dystocie causée par une tumeur des annexes située au-devant de la tête ; ablation par le vagin ; forceps ; enfant vivant, mère guérie. (*Rev. médic. Suisse romande*, XVI, p. 349.) — Bué. Un cas de dystocie par rétraction de l'anneau de Bandl. (*Nord méd.*, 15 oct.) — Volkmannn. Dystocie par cancer du col utérin. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 mai.) — Fieux. 3 cas de physométrie. (*Presse méd.*, 27 oct.) — Poroschin. Etiologie des ruptures spontanées de l'utérus pendant la grossesse et l'accouchement. (*Vratch*, 9 oct.) — Morel. Ruptures et perforations de la paroi postérieure du vagin pendant l'accouchement. (*Thèse de Paris.*) — Zweifel. La symphyséotomie. (*Ann. de gyn.*, oct.) — Fieux. Symphyséotomie pour excès de volume et irréductibilité de la tête fœtale. (*Bull. méd.*, 17 oct.) — Vallois. Quelques réflexions à propos d'un cas d'embryotomie pour procidence d'un bras. (*N. Montpellier méd.*, 17 juin.) — Clemens. De l'embryotomie avec le couteau de Schultze. (*Cent. f. Gyn.*, 16 oct.) — Varnier. La symphyséotomie. (*Cong. de Moscou, Ann. de Gyn.*, sept. et *Bull méd.*, 22 août.) — Pinard. De l'exploration externe. (*Ibid.*)

Acné. — Bergh. Sur l'acné rosacea, son étiologie et son traitement. (*Norsk Mag.*, juin.) — Phillips. Traitement de l'acné récidivant. (*Brit. med. j.*, 25 sept.)

Acromégalie. — FURNIVALL. Analyse de 34 cas d'acromégalie. (*Brit. med. j.*, 6 nov.) — SCHULTZE. Symptomatologie et anatomie de l'acromégalie. (*Deut. Zeit. f. Nerv.*, XI, p. 31.) — STRUEMPELL. Anatomie pathologique de l'acromégalie. (*Ibid.*, p. 51.) — VALDÈS. Acromégalie chez un nègre de 14 ans. (*Presse méd.*, 22 sept.) — MATIGNON. Un cas d'acromégalo-gigantisme. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 8 oct. et *Méd. mod.*, 6 nov.)

Addison (Mal. d'). — CASTAIGNE. De l'élimination du pigment noir dans la maladie bronzée. (*Soc. anat. Paris*, 11 juin.) — MILIAN. Le prurigo dans la maladie d'Addison. (*Gaz. hebd. Paris*, 6 juin.)

Albumine, urie. — CREMER. De la formation de la graisse aux dépens de l'albumine, chez le chat. (*Münch. med. Woch.*, 20 juill.) — REALE. Nouvelle méthode d'analyse qualitative et quantitative de l'albumine au moyen de l'acide trichloracétique. (*Riv. clin. e terap.*, mai.) — MADSEN. Sur la nucléoalbuminurie. (*Norsk Mag.*, mai.) — MATHAEUS. Etude de l'albuminurie rénale. (*Thèse d'Erlangen.*) — RENDU. De la néphrite sans albuminurie, albuminuries latentes. (*J. de méd. et chir. prat.*, 10 août.) — KRAUS. Emploi de l'hydrothérapie dans l'albuminurie. (*Berlin. klin. Woch.*, 19 avril.)

Alcoolisme. — BARELLA. De l'alcoolisme. (In-8°, 157 p. *Bruxelles*, 1898.) — Van FLEET. Amaurose alcoolique. (*Manhattan hosp. Rep.*, IV, p. 15.) — DE CÉRENVILLE. Névrites paralytiques des plexus brachiaux chez un alcoolique étendu sur le sol, les bras repliés sur le visage. (*Rev. médic. Suisse romande*, avril.) — SUTHERLAND. L'aliénation mentale momentanée dans l'intoxication alcoolique. (*Cong. de Moscou*, *Méd. mod.*, 22 sept.) — OLIVÉ. Délirium tremens guéri par le cannabis. (*Arch. di psichiat.*, XVIII, 4.) — STERN. Epilepsie alcoolique. (*Med. News*, 18 sept.) — BOURNEVILLE et RELLAY. Alcoolisme, hémiplégie gauche et épilepsie consécutives, sclérose atrophique, pachyméningite et méningo-encéphalite. (*Soc. anat. Paris*, 26 mars.) — ZAJAILOFF. Traitement de l'alcoolisme chronique par la suggestion hypnotique. (*Vratch*, 14 août.)

Aliénation. — STEARNS. L'hérédité comme facteur étiologique de l'aliénation. (*Brit. med. j.*, 25 sept.) — HASLLETT. Influence de l'état physique sur les maladies mentales. (*Ibid.*, 25 sept.) — ROHÉ. Rapports étiologiques des maladies pelviennes chez la femme avec l'aliénation. (*Ibid.*, 25 sept.) — HOBBS. Chirurgie gynécologique dans l'aliénation. (*Ibid.*) — RUSSEL. Idem. (*Ibid.*) — COWLES. Les relations des maladies mentales avec la médecine générale. (*Boston med. Journ.*, 16 sept.) — DOLSA. Genèse psychopathique. (*Cong. de Moscou*, *Méd. mod.*, 22 sept.) — ORSCHANSKY. De l'antagonisme entre l'hérédité névropathique et les lésions organiques du système nerveux chez les syphilitiques. (*Ibid.*) — VALLON et MARIE. Du délire mélancolique. (*Ibid.*) — BALLET et DUTIL. Sur quelques lésions expérimentales de la cellule nerveuse. (*Cong. de Moscou*, *Méd. mod.*, 22 sept.) — ABUNDO. Glandes sébacées préauriculaires chez un dégénéré. (*Arch. di psichiat.*, XVIII, 4.) — TALCOTT. Traitement des dégénérés. (*Ibid.*) — FRANCE. La tuberculose chez les aliénés. (*J. of ment. sc.*, oct.) — GESTKOW. Lésions de l'écorce cérébrale dans la démence sénile. (*Neurol. West.*, V, p. 1.) — BRUSH. Analyse de 100 cas de mélancolie aiguë. (*Brit. med. j.*, 25 sept.) — PITRES et RÉGIS. Seméiologie des obsessions et idées fixes. (*Cong. de Moscou*, *Méd. mod.*, 18 sept.) — CIARROCCA. La confusion mentale primitive. (*Giorn. int. sc. med.*, 15 oct.) — BALLET et ROUBINOVITCH. Les persécutés processifs. (*Ann. d'hyg. publ.*, XXXVI.) — HERBRAND. Echolalie et autres phénomènes dans

la paranoia. (*Thèse de Gœttingue.*) — Bogdan. Sur la démence morale. (*Wiener med. Woch.*, 24 juill.) — De Montyel. Le personnel des asiles publics d'aliénés. (*Arch. de neurol.*, sept.) — Marandon de Montyel. Du traitement des aliénés par la méthode de liberté dans les asiles publics français. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 juin.) — Mendelson. L'éducation professionnelle du personnel inférieur dans les établissements pour les aliénés. (*Rev. de psych. russe.*) — Cross. Résultats de l'ingestion de thyroïdes dans l'aliénation. (*Edinb. med. j.*, nov.) — Sérieux. Traitement des mélancoliques par le repos au lit. (*J. de méd.*, *Paris*, 19 sept.)

Aliment. — Balland. Le pain des hôpitaux de Paris. (*J. de pharm.*, 1er nov.) — Bardet. Le pain et la pâtisserie. (*Bull. gén. de thérap.*, 15 sept.) — Gautier. Les viandes alimentaires fraîches et congelées. (*Rev. d'hyg.*, avril.) — Kraus junior. La résorption des aliments gras sous l'influence d'une cure à Carlsbad. (*Berlin. klin. Woch.*, 24 mai.) — Fornaca et Michels. L'alimentation hypodermique par l'huile d'olive. (*Riforma med.*, 12 juill.)

Amputation. — Posadas. Amputation interscapulo-thoracique. (*Rev. de chir.*, oct.) — Francke. 1 cas d'amputation scapulaire. (*Münch. med. Woch.*, 18 mai.) — Duer. Amputation spontanée des deux membres inférieurs chez un nouveau-né. (*Brit. med. j.*, 23 oct.)

Amygdale. — Killian. Anatomie de l'angle supérieur de l'amygdale palatine. (*Rev. hebd. de lar.*, 16 oct., p. 1240.) — Sibut. Congestion amygdalienne suppléant les fonctions menstruelles chez une opérée. (*France méd.*, 3 sept.) — M'Donnell. Amygdalite avec péricardite sans signes de rhumatisme. (*Brit. med. j.*, 23 oct.) — Wainwright. Amygdalite suivie de pyohémie mortelle. (*Ibid.*, 11 sept.) — Renner. L'amygdalite folliculaire chronique. (*Med. Record*, 28 août.) — Lake. Amygdalite lacunaire ulcéreuse aiguë. (*London lar. soc.*, 9 juin.) — Heddaeus. Amygdalite aiguë par staphylocoque pyogenes aureus, pleurésie métastatique à épanchement, pneumonie à diplocoques; thoracotomie, septicémie, mort. (*Münch. med. Woch.*, p. 467, 4 mai.) — Gleitsmann. Traitement des affections chroniques des amygdales palatines. (*N.-York med. j.*, 4 sept.) — De Simoni. Présence de blastomycètes dans l'amygdale hypertrophiée. (*Cent. f. Bakt.*, XXII, p. 120.) — Gibb. Ablation des amygdales par l'anse galvanique. (*Laryngoscope*, juill.) — G. Martin. Contribution à l'étude du chancre de l'amygdale. (*Arch. méd. Angers*, I, p. 540.) — Holz. Chancre de l'amygdale gauche. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 384, 3 mai.) — Foster. Chancre de l'amygdale. (*Laryngoscope*, juill.) — Michels. Sur un cas anormal de gomme de l'amygdale. (*J. of laryng.*, sept.) — Lermoyez et Macaigne. Tuberculose primitive de l'amygdale. (*Soc. anat. Paris*, 18 juin.) — Furet. Un cas de molluscum pendulum de l'amygdale. (*Arch. int. de lar.*, X, p. 472.) — Ricci. Pathologie de l'amygdale linguale. (*Arch. ital. di otol.*, V, p. 342.) — Bar. Inflammation de l'amygdale linguale. (*Rev. hebd. de lar.*, 4 sept.) — Didsbury. Hypertrophie chronique de l'amygdale linguale. (*Arch. int. de lar.*, X, p. 538.)

Anatomie. — Payne. Etude de l'anatomie pathologique. (*Brit. med. j.*, 30 oct.) Melnikow-Raswedenkow. Une nouvelle méthode de conservation des préparations anatomiques. (*Ziegler's Beit. z. path. Anat.*, XXI, p. 172.) — Pilliet. Note sur la conservation des pièces anatomiques et histologiques par le procédé de Melnikoff. (*Progrès méd.*, 10 avril.)

Anémie. — Stengel. Nature et variété de l'anémie. (*J. Amer. med. Ass.*,

24 juill.) — Posey. Les manifestations oculaires de l'anémie. (*Ibid.*, 24 juill.) — Battistini. Recherches expérimentales sur les troubles circulatoires dans l'anémie chronique due à la pyrodine. (*Giorn. Acad. di medic. Torino.*, *mai.*) — Battistini et Rovere. Observations hématologiques dues à la pyrodine. (*Ibid.*, juin.) — Latham. Traitement de l'anémie et de la chlorose. (*Practitioner*, oct.)

Anesthésie. — Gurlt. Statistique d'anesthésie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LV, p. 473.) — Allen. Effets de l'anesthésie sur la température et la pression sanguine. (*Trans. Amer. surg. Assoc.*, XIV, p. 367.) — Langlois. Les effets tardifs du chloroforme sur les échanges organiques. (*Presse méd.*, 11 sept.) — Wilson. Mécanisme de la mort par le chloroforme. (*Lancet*, 11 sept.) — Bucht. Deux cas de paralysie après l'anesthésie. (*Finska läkar. handlingar*, juill.) — Nichol. L'anesthésie idéale. (*Med. Record*, 25 sept.) — Whitney. La prévention de la pneumonie consécutive à l'anesthésie. (*Boston med. Journ.*, 23 sept.) — Davis. Le chloroforme en obstétrique. (*Ibid.*, 26 août.) — Worcester. La supériorité du chloroforme dans la pratique obstétricale. (*Ibid.*) — Green. L'emploi de l'éther en obstétrique. (*Ibid.*) — Anderson. L'anesthésie cocaïnique. (*J. Amer. med. Ass.*, 28 août.) Natanson. Action et emploi de l'holocaïne. (*Ann. d'ocul.*, oct.) — Dumont et Legrand. L'eucaïne B, son emploi en stomatologie et comme anesthésique local. (*Bull. gén. de thérap.*, 23 sept.) — Annandale. Anesthésie par la canule trachéale. (*Lancet*, 6 nov.) — Turnbull. L'anesthésie dans les opérations sur la gorge, le nez et les oreilles. (*Med. and surg. reporter*, 18 sept.) — Jaboulay. La perte de connaissance provoquée par la compression de la région carotidienne peut-elle être utilisée en chirurgie. (*Lyon méd.*, 10 oct.) — Pearce. 3 cas d'anesthésie traumatique. (*J. of nerv. dis.*, oct.)

Anévrisme. — Ashworth. Un cas d'anévrisme cérébral. (*Australas. med. gaz.*, 20 sept.) — Ladame. Anévrisme de l'artère vertébrale gauche. (*Rev. méd. Suisse rom.*, mars.) — Denarié. Autopsie d'anévrisme de l'aorte. (*Loire méd.*, 15 sept.) — A. Tschermak. Anévrisme disséquant de l'aorte avec rupture de l'artère coronaire droite ; péricardite et artérite. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXLVI, 2.) — Bussenius. Double anévrisme de la crosse aortique chez une syphilitique. Mort par perforation de l'œsophage. (*Berlin. klin. Wochens.*, 8 mars.) — Gay. Un cas de ligature de l'artère innominée pour anévrisme. (*Boston med. j.*, 22 juill.) — Browne. Anévrisme traumatique de la maxillaire interne, ligature de la carotide primitive. (*Brit. med. j.*, 9 oct.) — Jacobson. Endocardite, double anévrisme de l'artère mésentérique. (*Soc. anat. Paris*, 2 juill.) — G. Schneider. 1 cas d'anévrisme de l'artère sous-clavière développé en dehors de la cage thoracique. (*Gaz. hebd. Paris*, 20 mai.) — Griffiths. Anévrisme spontané de la cubitale à la paume de la main, excision de l'anévrisme, guérison. (*Brit. med. j.*, 11 sept.) — Smith. Anévrisme spontané de la radiale dans la tabatière, excision du sac. (*Lancet*, 23 oct.) — Weber. 1 cas d'anévrisme de l'artère fessière supérieure. (*Münch. med. Woch.*, p. 505, 11 mai.) — Bilski. De l'anévrisme inguinal. (*Thèse de Paris.*)

Angine. — Carter. Angine catarrhale dans la pratique générale. (*Med. News*, 28 août.) — Milligan. Angine épiglottique antérieure. (*J. of laryng.*, sept.) — Arsland. Angine et rhinite pseudo-diphtéritiques, infectieuses et contagieuses par bacille de la septicémie des porcs. (*Arch. ital. di otol.*, VI, p. 49.) — Heinze. Néphrite, suite d'angine. (*Thèse de Leipzig.*) — Musser. Angine de poitrine, ses rapports avec la dilatation du cœur. (*Amer. j. of med. sc.*, sept.)

Anomalie. — Coyon. Affection congénitale du cœur, transposition des artères. (*Soc. anat. Paris*, 18 juin.) — Papillon et Suchard. Anomalie de la grande valve de l'orifice mitral. (*Ibid.*, 25 juin.) — Auché et Bouyer. Dextrocardie pure sans inversion générale des viscères. (*J. méd. Bordeaux*, 22 août.) — Brégi. Transposition complète des viscères. (*Méd. mod.*, 9 oct.) — Capitan et Croisier. 1 cas d'inversion totale des viscères étudié par la phonendoscopie. (*Méd. mod.*, 13 oct.)

Anthrax. — Moty. Anthrax de la lèvre inférieure, foyers secondaires multiples. (*Echo méd. Nord*, 18 juill.) — Bulkley. Traitement médical des furoncles, anthrax. (*Brit. med. j.*, 2 oct.)

Antisepsie. — Charrier. Stérilisateur portatif pour la stérilisation des instruments coupants et piquants. (*Arch. méd. Angers*, I, p. 441.) — Credé. L'argent comme antiseptique interne et externe. (*Arch. f. klin. Chir.*, LV, p. 861.)

Anus. — Blake. Le traitement opératoire et palliatif des fistules anales. (*Boston med. Journ.*, 2 sept.) — Stoner. Occlusion congénitale de l'anus et du rectum, opération avec succès par le périnée. (*Med. News*, 14 août.) — Puech. A quel âge convient-il d'opérer l'anus vulvaire. (*Semaine gyn.*, 19 oct. et *N. Montpellier méd.*, 30 oct.) — Prutz. Etablissement d'un sphincter d'après la méthode de Gersuny. (*Arch. f. klin. Chir.*, LV, p. 528.)

Aorte. — Boinet et Romary. Recherches expérimentales sur les aortites. (*Arch. de méd. exp.*, IX, p. 902.) — Spitzer. Etude clinique sur le rétrécissement congénital du système aortique. (*Wiener med. Woch.*, 28 août.) — Mangianti. 1 cas d'étroitesse congénitale de l'aorte. (*Acad. med. Torino*, 7 mai.) — Eisengralber. De la rupture spontanée de l'aorte. (*Thèse de Kiel.*) — Perthes. Plaie de l'artère pulmonaire et de l'aorte. (*Beit. z. klin. Chir.*, XIX, p. 414.)

Appareils. — Noguès. Description d'une sonde ballon et d'une modification apportée au béniqué avec conducteur. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, oct.) — Monprofit. Double valve abdomino-vaginale pour laparotomie. (*Arch. prov. de chir.*, VI, p. 614.) — Graupner. Appareil muni d'une sonnerie électrique pour réapprendre à marcher dans les affections chroniques des centres nerveux, en utilisant l'influence de l'ouïe sur la coordination des mouvements. (*Berlin. klin. Wochens.*, 12 avril.) — R. de Seigneux. Nouvelle table pour examens, massage et opérations gynécologiques. (*Rev. méd. Suisse romande*, avril.) — Bruns. Un baillon automatique. (*Beit. z. klin. Chir.*, XIX, p. 253.)

Artère. — Mullerheim. Artériosclérose très avancée, localisée aux organes génitaux chez une femme morte de tuberculose du péritoine. (*Berlin. klin. Wochens.*, 1er mars.) — Matas. Varice artérielle de la lèvre inférieure, embrassant les coronaires. (*Med. News*, 14 août.) — Derocque. Rupture traumatique de l'artère axillaire, ligature des deux bouts, sphacèle consécutif du membre, désarticulation de l'épaule, guérison. (*Gaz. des hôp.*, 7 oct.) — Harte. Ligature du tronc brachio-céphalique. (*Ann. of surg.*, oct.)

Articulation. — Dorsey. Une forme rare d'articulation occipito-atloïdienne (*Boston med. Journ.*, 16 sept.) — Dorsey. Etude sur l'étendue des surfaces

articulaires des os longs des squelettes aborigènes américains. (*Ibid.*, 22 juill.) — TOURNIER et COURMONT. Arthrite purulente subaiguë à pneumocoque. (*Rev. de méd.,* sept.) — SCHILLING. 1 cas d'arthrite aiguë purulente du genou, à la suite de la phtisie pulmonaire. (*Münch. med. Woch.*, 9 fév.) — V. VIJK. Etude historique et critique sur la coxa vara. (*Thèse de Fribourg.*) — CIUTI. De la coxa vara. (*Settimana med.*, 17 avril.) — REINEKING. Sur la relation de la tuberculose du genou avec les traumatismes de cette articulation. (*Journ. Amer. med. Ass.*, 24 juill.) — FRAZIER. Traitement des arthrites par l'air chaud. (*Ann. of surg.*, oct.) — DUPLAY. Sur un nouveau procédé d'arthrotomie et de résection de l'épaule. (*Cong. de Moscou, Méd. mod.*, 4 sept.) — MÉNARD. Traitement conservateur et opératoire dans la coxalgie. (*Ibid.*) — MARSCH. Traitement de la coxite tuberculeuse. (*Thèse de Marbourg.*) — PHOCAS. La mobilisation mécanique prolongée comme méthode générale de traitement de certaines ankyloses. (*Gaz. des hôp.*, 6 nov.) — SOUCHON. Le traitement opératoire de l'ankylose de l'épaule. (*Trans. amer. surg. Assoc.*, XIV, p. 409.) — MOTY. Ankylose de la hanche; mobilisation par un procédé inédit. (*Bull. Soc. méd. du Nord*, 26 mars.)

Asthme. — DESCHAMPS. Accès d'asthme provoqués par l'épluchage d'asperges crues. (*Arch. gén de méd.*, sept.) — GRAYSON. Traitement rationnel de la cause de l'asthme des foins. (*Ther. Gaz.*, 15 oct.) — GŒNNER. De l'asthme des foins. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 15 avril.) — CAPP. Symptomatologie de l'asthme des foins. (*Med. News*, 23 octobre.)

Avortement. GORDON. Stérilité temporaire comme cause d'une première fausse couche. (*Ann. of gyn.*, oct.) — PAGNY. De la délivrance hâtive dans l'avortement incomplet. (*Bull. gén. de thérap.*, 31 août.) — LOP. Traitement de la rétention de l'œuf abortif. (*Marseille méd.,* 1er août,) — SARDA. Sur quelques substances réputées abortives (armoise, absinthe). (*N. Montpellier méd.*, 2 oct.) — ABEL. Traitement de l'avortement. (*Berlin. klin. Woch.*, 29 mars.) — SCHMID. Traitement des hémorragies après l'avortement. (*Thèse de Tubingue.*)

B

Bactériologie. — COURMONT. Précis de bactériologie pratique. (In-16, 485 p. *Paris.*) — MUIR et RITCHIE. Manuel de bactériologie. (*Edimbourg.*) — KNAAK. Les procédés de coloration des bactéries. (*Deut. med. Woch.*, 14 oct.) — SMITH. Méthode de détermination de la production d'indol par les bactéries. (*J. of exp. med.*, II, p. 543.) — SEELIG. De l'influence du sucre de lait sur la décomposition albuminoïde due aux bactéries. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXLVI, 1.) — J. TEISSIER et GUINARD. Sur les effets des toxines microbiennes et sur quelques influences capables de les modifier. (*Arch. de méd. exp.*, IX, p. 994.) — WIDAL. Sur la séro-réaction dans les infections bacillaires. (*Soc. de biol.*, 16 oct.) — LAMBOTTE et BOSSAERT. Diagnostic pratique de quelques microbes par les substances chimiques agglutinantes. (*Bull. Acad. méd. Belgique*, XI, p. 646.) — TCHOUGAEFF. Action des poisons sur les microbes. (*Arch. russes de pathol.*, août.) — NOESSKE. Des conditions

de la production colorante du bacille pyocyanique. (*Thèse de Leipzig.*) — Abbott et Bergey. Le spirille pathogène de Schuylkill river à Philadelphie. (*J. of exp. med.*, II, p. 535.) — Tonnel et Raviart. Un cas de staphylococcémie. (*Bull. Soc. centrale méd. Nord*, 28 mai.) — Binaghi. Sur un streptocoque capsulé. (*Cent. f. Bakt.*, XXII, p. 273.) — Hamburger. Influence curative de la stase veineuse et de l'inflammation dans la défense de l'organisme contre les microbes. (*Ibid.*, XXII, p. 403.) — Klein. Sur le bacille pathogène anaérobie de l'entérite. (*Ibid.*, XXII, p. 113.) — Rodet. Sur la propriété agglutinante à l'égard du bacille coli et du bacille d'Eberth, du sérum d'animaux immunisés contre ces microbes. (*Soc. de biol.*, 9 oct.) — Lesage. Des entérites infantiles, séro-diagnostic des races de bactérium coli. (*Ibid.*, 16 oct.) — Reymond. Un cas de passage du bacille coli à travers les parois de la vessie de dehors en dedans. (*Soc. anat. Paris*, 2 juillet.) —

Bain. — Stifler. Recherches sur les effets des bains d'eaux minérales artificielles. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 350, 19 avril.) — Lindemann. Bons effets des bains de mer dans les affections non organiques de l'estomac. (*Ibid.*, 5 avril.) — Stifler. Action des bains artificiels. (*Munch. med. Woch.*, 6 juillet.)

Bassin. — Fournier. Bassin transversalement rétréci chez une rachitique. (*J. de méd. Paris,* 29 août.) — Dobbin. Fréquence des bassins rétrécis au service obstétrical de J. Hopkins hospital. (*Amer. j. of obst.*, août.) — Hofmeister. Du bassin coxalgique. (*Beit. z. klin. Chir.*, XIX, p. 261.) — Berchoud. Avantages de l'emploi du double drain à pavillon d'arrêt dans le traitement des collections pelviennes. (*Arch. prov. de chir.*, VI, p. 621.) — Leroux. Des collections séreuses pelviennes. (*Thèse de Nancy.*) — Tissot. De l'incision simple, suivie de drainage, dans les suppurations pelviennes chez la femme. (*Dauphiné méd.*, sept.)

Bec de lièvre. — Severeano. Nouveau procédé pour l'opération du bec de lièvre. (*Cong. de Moscou, Méd. mod.*. 15 sept.) — de Bovis. Angiome des lèvres et bec de lièvre. (*Soc. anat. Paris,* 18 juin.) — Decrette. Déformations des narines dans le bec de lièvre. (*Thèse de Paris.*) — Samter. Opération de bec de lièvre compliqué. (*Arch. f. klin. Chir.*, LV, p. 520.)

Beriberi. — Glogner. Nouvelles recherches sur l'étiologie et la pathologie du beriberi. (*Arc. f. schiff. u. Tropenh.*, I, 1 et 2, et *Archiv f. pathol. Anat.*, CXLVI, 1.) — Lobas. Trois cas avec des phénomènes de beriberi. (*Vratch*, 27 juillet.)

Biliaire. — Dastre et Floresco. Nouveaux pigments biliaires. (*Acad. des sc.*, 18 oct.) — Lépinois. Recherche de l'urobiline et des pigments biliaires. (*J. de pharm.*, 1er nov.) — Robson. De la cholangite suppurée, l'influenza comme cause. (*Quarterly med. j.*, oct.) — Fenger. Rétention biliaire par déplacement et formation valvulaire des conduits. (*Trans. Amer. surg. Assoc.*, XIV, p, 683.) — Mattirolo. Traitement chirurgical de l'angiocholite non suppurée. (*Gaz. d. Osped.*, 26 sept.) — Gilbert et Fournier. Lithiase biliaire expérimentale. (*Soc. de biol.*, 30 oct.) — Polli. Un symptôme rare dans un cas de lithiase biliaire. (*Morgagni*, oct.) — Hunter, Graham, etc. De la cholélithiase, causes, symptômes, traitement. (*Brit. med. j.*, 30 oct.) — Kuhr. De la cholélithiase. (*Thèse de Munich.*) — Zahn. Calcul de la vésicule biliaire pesant 86 grammes. (*Rev. méd. Suisse romande*, mars, p. 204.) — Scott. De la solubilité des calculs biliaires dans les huiles. (*Brit. med. j.*, 25 sept.) — Delagenière. 35 calculs biliaires enlevés par la cholécystosto-

mie de la vésicule biliaire du canal cystique et du cholédoque. (*Arch. méd. Angers*, I, p. 537.) — Kuemmell. De l'opération idéale extrapéritonéale des calculs biliaires. (*Deut. med. Woch.*, 26 août.) — Beck. Quand doit-on opérer dans la cholélithiase? (*N.-York med. j.*, 8 mai.) — Bonnet. Fistule biliaire cutanée. (*France méd.*, 9 avril.) — White. Traitement chirurgical des calculs biliaires. (*Quarterly med. j.*, oct.) — Ferguson. La chirurgie de la vésicule et des conduits biliaires. (*Brit. med. j.*, 6 nov.) — Stone. 7 cas de cholélithotomie. (*Med. news*, 18 sept.) — Baudouin. La cystico-entérostomie, la cysticotomie. (*Progrès méd.*, 24 juillet et 21 août.) — Baudouin. De la chirurgie du duodénum dans ses rapports avec la lithiase du cholédoque. (*Ibid.*, 28 août.) — Baudouin. Massage du cystique. Lithectomie cystique, cysticectomie. (*Ibid.*, 11 sept.) — Morton. Méthodes de cholécystostomie. (*Practitioner*, mai.) — Kidder. Deux cas de cholécystotomie. (*Boston med. Journ.*, 7 oct.) — Griffon et Ségall. Sarcome de la vésicule biliaire propagé au foie. (*Soc. anat. Paris*, 2 juillet.) — Griffon et Segall. Carcinome de la vésicule biliaire (*Ibid.*) — Thomas et Noica. Epithélioma primitif de l'ampoule de Vater. (*Ibid.*, 11 juin.) — Rabé. Epithélioma primitif de la vésicule biliaire. (*Ibid.*, 2 juillet.) — Bauer. Du cancer primitif de la vésicule biliaire. (*Thèse de Munich.*) — Haensler. Du cancer des voies biliaires. (*Thèse de Fribourg.*) — Ewald. Cancer de la vésicule biliaire, s'accompagnant de gastrectasie et de présence d'acide lactique avec absence d'acide chlorhydrique dans le suc stomacal. (*Berlin. klin. Wochens.*, 10 mai.)

Blennorragie. — de Cristmas. Du gonocoque et de sa toxine. (*Ann. Inst. Pasteur*, XI, p. 609.) — Nicolaysen. Pathogénie et toxicité du gonocoque. (*Cent. f. Bakt.*, XXII, p. 305.) — Jadassohn. Importance de la recherche des gonocoques pour le diagnostic, le traitement et la prophylaxie de la blennorragie. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 mars.) — Lappe. Statistiques sur la blennorrée des prostituées. (*Thèse de Leipzig.*) — Dudley. Signes pathognomoniques de la blennorrée chez la femme. (*Amer. gyn. j.*, août.) — Brewer. Infection blennorragique mortelle. (*J. of cut. dis.*, juin.) — Siegheim. Un cas d'endocardite blennorragique. (*Berl. klin. Woch.*, 12 avril.) — Jacquet. Rhumatisme musculaire d'origine blennorragique. Angine musculaire rhumatismale. (*Soc. méd. hop.*, 21 mai.) — Braquehaye. Arthrite blennorragique du genou, arthrotomie. (*J. méd. Bordeaux*, 17 oct.) — Senn. L'inflammation des jointures chez les gonorréïques. (*Med. Record*, 31 juillet.) — Casper. Traitement de la blennorragie chronique. (*Berlin. klin. Wochens.*, 12 avril.) — Vigneron. Traitement de la blennorragie par les lavages au permanganate de potasse. (*Cong. de Moscou, Méd. mod.*, 22 sept.) — Boureau. Traitement abortif de la blennorragie. (*Ibid.*) — Kohmann. Sur l'emploi du bleu de méthylène dans la blennorragie aiguë. (*Norsk Mag.*, juin-juillet.) — Bodenstein. Traitement de la blennorrée vaginale. (*Deut. med. Woch.*, 14 oct.) — Pitruzella. Les onguents médicaux dans l'urétrite blennorragique. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXXII, p. 442.) — Levi. Les injections intraveineuses de sublimé corrosif dans le traitement des localisations séreuses et articulaires du virus blennorragique. (*Riforma med.*, 9 oct.) — Balzer. Traitement du rhumatisme blennorragique. (*J. des Praticiens*, 7 août.) — Brès. De l'arthrotomie dans l'arthrite blennorragique. (*Thèse de Paris.*)

Bouche. — Levi. De la stomatite aphteuse. (*Lo Sperimentale*, L, p. 255.) — V. Dzierzowski. Freins latéraux des lèvres et pathogénie des abcès de la muqueuse buccale. (*Arch. f. path. Anat.*, CXLVII, 3.) — Pujol. Intégrité de la coronaire dans une déchirure de la lèvre simulant une plaie par instrument tranchant. (*Marseille méd.*, 1er sept.) — Martin. Un cas de noma guéri.

(*Rev. méd. Suisse romande*, avril.) — V. Hippel. L'opération de la grenouillette. (*Arch. f. klin. Chir.*, LV, p. 893.) — Kummell. Ablation du maxillaire inférieur gauche pour récidive de cancer du plancher de la bouche chez une femme de 50 ans. (*Berlin klin. Woschens.*, 17 mai.)

Bronche. — Milian. Sclérose pulmonaire et dilatation des bronches. (*Soc. anat. Paris*, 2 juillet.) — Aufrecht. Cessation du bruit de respiration bronchique au niveau de la trachée, par sténose des deux grosses bronches. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LVIII, p. 484.) — Mayr. Cancer primitif des bronches. (*Thèse de Fribourg.*) — Le Tanneur. L'ichtyol dans le traitement des affections des voies respiratoires. (*J. de méd. Paris*, 17 oct.) — Schoull. De l'efficacité des lavements de créosote dans le traitement de la broncho-pneumonie. (*J. des Praticiens*, 17 juin.)

Brûlure. — Bardeen. Lésions viscérales dans les brûlures superficielles étendues. (*J. of exp. med.*, II, p. 501.) — Cole. Sur les brûlures. (*J. Amer. med. Ass.*, 19 juin.) — Tommasoli. Les injections de sérum artificiel comme moyen de conjurer la mort dans les brûlures. (*Riforma med.*, 5 juillet.)

C

Cancer. — Williams. Cancer et maladie de misère. (*Edinb. med. j.*, nov.) — Lœwenheim. Des rapports étiologiques entre la tuberculose et le cancer. (*Thèse de Leipzig.*) — Metterhausen. Coexistence du cancer et de la tuberculose. (*Thèse de Gœttingue.*) — Cavazzani. Etiologie des tumeurs malignes. (*Riv. veneta sc. med.*, 31 août.) — de Grandmaison. Sur l'évolution histologique du cancer dans les ganglions lymphatiques. (*Arch. de méd.*, août.) — Mibelli. Du cancer corné. (*Atlas int. mal. peau*, n° 13.) — Yamagiwa et Shibayama. Deux cas de carcinomes à cellules cylindriques au point de vue de l'étiologie du carcinome. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXLVII, 1.) — Unna. Carcinone serpigineux multiple. (*Atlas int. mal. peau*, n° 13.) — Malherbe et Perrochaud. A propos de la guérison radicale du cancer épithélial par l'acide arsénieux, résultats nuls. (*Gaz. méd. Nantes*, 30 oct.) — Massey. Le traitement du cancer par la diffusion électrique du chlorure double naissant de mercure et de zinc. (*Med. Record.* 31 juil.) — Manders. La méthode de de Backer dans le traitement du tubercule et du cancer. (*Brit. med. j.*, 25 sept.) — Frénot. Traitement des tumeurs malignes par l'extirpation. (*Thèse de Nancy.*)

Cerveau. — Veratti. Structure de l'écorce cérébrale des vertébrés. (*Anat. Anz.*, XIII, p. 379.) — Wolff. Histologie de l'hypophyse dans le cerveau normal et paralysé. (*Verhands. phys. med. ges. Wurzburg*, XXXI, 6, et *Thèse de Wurzbourg.*) — Righetti. De la myélinisation des fibres de l'écorce cérébrale dans les premiers mois de la vie. (*Riv. di patol. nerv.*, II, p. 347.) — Mott. Formes atypiques et insolites du cerveau. (*J. of mental sc.*, oct.) — Joukowsky. Sur les rapports anatomiques des lobes frontaux. (*Rév. de psych. en russe*, sept.) — Teliatnik. De l'entrecroisement des nerfs optiques. (*Ibid.*, sept.) — lo Monaco. Physiologie des couches optiques, (*Riv. di patol. nerv.*, II, p. 354.) — lo Monaco. Sur la physiologie du

corps calleux et sur les moyens de recherche pour l'étude de la fonction des ganglions de la base. (*Arch. ital. de biol.*, XXVII, p. 296.) — BECHTEREW. De l'excitabilité de l'écorce cérébrale chez les animaux nouveau-nés. (*Rev. de psych. russe*, juil.) — MURATOFF. De la localisation du sens musculaire (traumatisme de l'encéphale). (*Ibid.*, juil.) — BARBACCI. Histologie pathologique de l'abcès cérébral expérimental. (*Riv. di patol. nerv.*, II, p. 385.) — KINGDON et RUSSELL. Dégénérescence cérébrale infantile avec lésions symétriques de la macula. (*Med. chir. trans.*, LXXX, p. 87.) — DILLER. Ramollissement aigu du pont de Varole. (*J. of nerv. dis.*, oct.) — PATRICK. De l'encéphalite. (*Ibid.*) — WIENER. Un cas d'encéphalite avec lésions de la pie mère. (*Ibid.*) — DALAND. Dysphagie et dysphasie par lésion de la capsule interne. (*Ibid.*) — COLLINS. Encéphalite aiguë hémorragique. (*Ibid.*) — LÉPINE. Ramollissement du corps strié, avec participation de la capsule interne, ayant amené une chorée hémiplégique et un diabète sucré. (*Rev. de méd.*, oct.) — GUÉRIN-VALMALE. Un cas d'hémorragie cérébrale double, bilatérale, symétrique, simultanée dans les lobes frontaux. (*N. Montpellier méd.*, 12 juin.) — ROSENTHAL. Hémorragie cérébrale limitée à la couche optique. (*Soc. anat. Paris*, 11 juin.) — WALTON. Exsudation séreuse sous-arachnoïdienne produisant des symptômes de compression. (*J. of nerv. dis.*, août.) — ROSSOLIMO. De la sclérose multiple et du gliome. (*Deut. Zeit. f. Nerv.*, XI, p. 88.) — TOBIAS. De la porencéphalie, (*Thèse de Fribourg.*) — WALTHER. Des inflammations épendymaires aiguës et chroniques des ventricules du cerveau. (*Ibid.*) — BABINSKI. Spasme associé du peaucier du cou du côté sain dans l'hémiplégie organique. (*Soc. méd. des hôp.*, 30 juil.) — BABINSKI. De quelques mouvements associés du membre inférieur paralysé dans l'hémiplégie organique. (*Ibid.*, 30 juill.) — DUCKWORTH. Sur un syndrome observé au cours d'affections cérébrales et caractérisé par l'arrêt complet de la respiration plusieurs heures avant celle du cœur. (*Cong. de Moscou*, *Méd. mod.*, 11 sept.) — LASSE. L'aphasie motrice temporaire d'origine fonctionnelle. (*Revue de psych. russe,* juill.) — BRAMWELL. Examen clinique des cas d'aphasie. (*Brit. med. j.*, 25 sept.). — BASTIAN. Amnésie et troubles de la parole durant depuis 18 ans. (*Med. chir. Trans.*, LXXX, p. 61.) — REMAK. Aphasie motrice avec paraphasie et mouvements automatiques. (*Berl. klin. Woch.*, 8 mars.) — PERSHING. Aphasie auditive. (*J. of nerv. dis.*, sept.) — LUNZ. Deux cas de cécité corticale. (*Deut. med. Woch.*, 16 sept.) — ADAMKIEWICZ. La compression intra-cérébrale. (*Wiener med. Woch.*, 17 juill.) — STEWART. Hydrocéphalie, épilepsie, hémianopsie, drainage des ventricules latéraux. (*Scottish med. j.*, sept.) — O. SCHAEFFER. Sur le mode de développement de la porencéphalie et de l'hydrencéphalie. (*Archiv f. path. Anat.*, CXLV, 3.) — LEMAISTRE. Sur le traitement chirurgical de l'hydrocéphalie. (*J. de clin. inf.*, 21 oct.) — STARR. Les tumeurs du cerveau, leur ablation, 80 cas, 15 opérations. (*Brit. med. j.*, 16 oct.) — ESKRIDGE. Tumeur intradurale passant par le grand trou, comprimant la moelle à la partie supérieure en détruisant le segment cervical. (*Med. news*, 25 sept.) — JEANNE. Epithélioma récidivant de l'angle interne de la région orbitaire droite, abcès intra-cérébral du lobe frontal, petite tumeur névroglique comprimant l'origine de la 3e circonvolution frontale du côté gauche. (*Soc. anat. Paris*, 18 juin.) — PORTE. Deux cas de tumeur cérébrale. (*Dauphiné méd.*, juill.) — TONNEL et RAVIART. Sur un cas d'endothéliome cérébral. (*Bull. soc. méd. du Nord*, 25 juin.) — KEMPNER et VON FRAGSTEIN. Gliome du lobe occipital droit. (*Berlin. klin. Wochens.*, 31 mai. — DE GRAZIA. Gliome considérable de l'hémisphère gauche du cervelet, etc. (*Riforma med.,* 2 sept.) — DE GRAZIA. Altérations de l'écorce cérébrale dans un cas de tumeur des lobes temporal et occipital comprimant le cervelet avec syndrome paracébral. (*Ibid.*, 16 août.) — DE GRAZIA. Grand kyste sanguin du centre

ovale droit, en relation avec la zone motrice, sans symptômes. (*Ibid.*, 6 juill.) — POLLACCI. Un gliome cérébral étudié avec la réaction noire. Contribution à l'anatomie fine de la névroglie néoplasique. (*Ibid.*, 4 juin.) — CHIPAULT. De l'intervention chirurgicale dans les cas de tumeurs solides de l'encéphale. (*Revue intern. de thérap.*, juill.) — KNAGGS. De la hernie du cerveau d'après 109 cas. (*Med. chir. Trans.*, LXXX, p. 249.) — PHELPS. Lésions traumatiques du cerveau et de ses enveloppes. (In-8°, 582 p., *N. York.*) — TRAMMER. Cinq cas de plaies du cerveau. (*Thèse de Munich.*) — LAVISTA. Nécessité et urgence de l'intervention dans les cas de lésions cérébrales. (*Cong. de Moscou, Méd. mod.*, 8 sept.) — CHAMPIONNIÈRE. L'épilepsie jacksonienne au point de vue des indications du trépan. (*Ibid.*) — LAVISTA. Résultats de l'intervention pour épilepsie jacksonienne. (*Ibid.*) — LAPLACE. L'amélioration des fonctions cérébrales par l'intervention chirurgicale. (*J. Amer. med. Ass.*, 2 oct.) — STIERLIN. Deux cas d'abcès du cerveau opérés, 1 mort. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 1er août.)

Cervelet. — CLAUDE et JOSUÉ. — Ramollissement du cervelet, artérite syphilitique. (*Soc. anat. Paris*, 25 juin.) — PAULY et DREYFUS. Un cas d'hérédo-ataxie cérébelleuse. (*Lyon méd.*, 29 août.)

Césarienne (Op.). — ROBSON. Deux cas d'opération de Porro pour tumeurs pelviennes empêchant l'accouchement. (*Brit. med. j.*, 23 oct.) — DUCHAMP. Opération césarienne suivie de l'amputation par le vagin de l'utérus inversé. (*Loire méd.*, 15 sept.) — MOUCHET. Opération césarienne suivie d'hystérectomie abdominale totale dans une grossesse de huit mois compliquée de fibrome utérin. (*Bull. méd.*, 31 mars.)

Charbon. — KERN. La capsule du bacille charbonneux. (*Cent. f. Bakt* . XXII, p. 166.) — J. PÉTROFF. Le charbon pulmonaire (maladie des chiffonniers. (*Arch. russes de pathol.*, juin.)

Chimie. — HUGOUNENQ. Précis de chimie physiologique et pathologique. (In-16, 620 p., *Paris.*) — DE BÖHTLINGK. Sur le dosage de l'azote dans les corps organiques par le procédé de Kjeldahl-Wilfarth. (*Arch. sc. biol. St-Pétersb.*, V, p. 176.)

Chirurgie. — JAY. Moyens de prévenir les effets de la peur qui précède les opérations chirurgicales. (*Medicine*, oct.) — THÉVENOT. L'attraction et la fixation des organes malades à l'extérieur. (*Lyon méd.*, 29 août.)

Chlorose. — GILBERT. Des causes essentielles de la chlorose. (*Presse méd.*, 18 août.) — CHARRIN. Les causes de la chlorose. (*Cong. de Moscou, Méd. mod.*, 1er et 11 sept.) — DE DOMINICIS. Pathogénie et traitement de la chlorose. (*Ibid.*) — GOLUBININE. Pathogénie de la chlorose. (*Ibid.*) — WARVRINGE. Traitement de la chlorose par le fer. (*Presse méd.*, 28 août.) — DE DOMINICIS. Etiologie et pathogénie de la chlorose ; hémothérapie. (*Wiener med. Woch.*, 25 sept.) — POTAIN. Diagnostic de la chlorose. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, 10 sept.)

Choléra. — LOP. Du rôle de l'eau de puits dans la genèse du choléra à Marseille pendant l'année 1894. (*Ann. d'hyg. publiq.*, mai.) — P. HAAN. Le choléra à Calcutta et la vaccination anticholérique. (*Arch. gén. de méd.*, août.) — TERNI. Les épidémies de choléra dans la province de Bergame. (*Zeitchr. f. Hyg.*, XXII.) — BRUNZLOW. La propagation du choléra par l'eau et les mesures de police sanitaire préventives. (*Viertelj. f. gerich. Med.*, avril.)

Vogt. Anatomie pathologique du choléra. (*Thèse de Marbourg.*) — Van der Stricht. Lésions anatomo-pathologiques de la rate dans le choléra asiatique et dans le choléra nostras. (*Bull. acad. de méd. Belgique*, n° 1.) — Lesage et Thiercelin. Contribution à l'étude de l'algidité cholérique. (*Arch. gén. de médecine*, oct.) — Matignon. Hémiplégie cholérique (polynévrite périphérique à forme hémiplégique). (*Ibid.*, 16 juill.)

Chorée. — Schwabe. Statistiques de chorée. (*Thèse de Munich.*) — Priestley. Chorée et scarlatine. (*Brit. med. j.*, 25 sept.) — Collins. Anatomie pathologique de la chorée d'Huntington. (*J. of nerv. dis.*, oct.) — Witmer. Chorée aiguë chez une femme de 38 ans. (*Ibid.*) — Mansfeld. De la chorée minor. (*Thèse de Kiel.*) — Reifenstuhl. Chorée avec troubles psychiques. (*Thèse de Gœttingue.*) — Albarel. Chorée de Sydenham avec paralysie, guérison par l'acide arsénieux. (*J. de clin. inf.*, 14 oct.) — Dresch. Pathogénie et traitement de la chorée. (*J. des Praticiens*, 3 juill.)

Cicatrice. — Jolly. Sur le mode de cicatrisation des plaies de la membrane interdigitale de la grenouille. (*Soc. anat. Paris*, 9 juill.) — Secchi. Etiologie et histologie des chéloïdes de la nuque. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXXII, p. 201.)

Climat. — Harvey. Les Bermudes comme station d'hiver. (*Brit. med. j.*, 30 oct.) — Solly. Les avantages comparés des stations de New-Mexico, du Colorado, de l'Arizona. (*Ther. Gaz.*, 15 sept.) — Prioleaus. Les effets du climat de Summerville sur les affections de la gorge et du poumon. (*Ibid.*) Malibran. Menton, station d'hiver. (*Presse méd.*, 2 oct.) — Siebelt. Les cures d'hiver dans les stations de montagne de Silésie. (*Berlin. klin. Woch.*, 19 avril.) — Castellan. Du climat maritime de la Tunisie et de son influence pathologique sur le poumon, le cœur et le foie. (*Arch. de méd. nav.*, août.) Powers. La chirurgie dans les régions d'altitude basse ou élevée. (*Ann. of surg.*, sept.)

Cœur. — Mac Callum. Histologie et histogenèse de la cellule du muscle cardiaque. (*Anat. Anzeiger*, XIII, p. 609.) — Bottazzi ot Ducceschi. Les substances protéiques du myocarde. (*Morgagni*, sept.) — Browicz. Sur les tendons anormaux du cœur et leur signification. (*Arch. f. path. Anat.*, CXLV, 2.) — G. Rheiner. Deux cas de vices congénitaux du cœur. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXLVI, 3.) — Cade. Un cas de malformation cardiaque congénitale, absence de l'artère pulmonaire. (*Lyon méd.*, 10 oct.) — Petit. Ectopie cardiaque à droite consécutive à une pleurésie droite. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 16 juill.) — Variot. Sur l'indépendance des malformations congénitales du cœur et de la cyanose. (*J. de clin. inf.*, 20 mai.) — Benedikt. La biomécanique de la circulation. (*Progrès méd.*, 24 juill.) — Brunton et Tunnicliffe. Effets de l'exercice sur la circulation locale et générale. (*Brit. med. j.*, 16 oct.) — Hill et Barnard. Influence du centre de gravité sur la circulation. (*J. of phys.*, XXI, p. 323.) — Sée. Sur le fonctionnement des valvules auriculo-ventriculaires. (*J. des Praticiens*, 24 juill.) — Occhiuzzi. De la mécanique cardio-vasomotrice selon la clinique de Rome. (In-8°, *Rome.*) — Quain. Sur le mécanisme par lequel est produit le second bruit du cœur. (*Dublin journ.*, 2 août.) — Bottazzi. Le rythme des mouvements du cœur, ses causes. (*Sperimentale*, LI, p. 99.) — Dall'acqua. Des bruits musicaux du cœur. (*Morgagni*, sept.) — Musser. Disparition des bruits endocardiaques d'origine organique. (*Brit. med. j.*, 16 oct.) — Bonnet. Bruits pulmonaires rythmés par le cœur, caractères et siège insolites. (*Lyon méd.*, 12 sept.) — Silva. Les névroses cardiaques. (*Semaine méd.*,

27 oct.) — Cherchewski. Les fausses cardiopathies et leur origine extra-cardiaque. (*Vratch*, 11 sept.) — Bruce. Le diagnostic complet des maladies du cœur. (*Practitioner*, oct.) — Caccianiga. Le rythme cardiaque lent. (*Gaz. d. Osped.*, 12 sept.) — Thomson. Tachycardie persistante accompagnée de troubles digestifs. (*Med. Record*, 14 août.) — Meints. De l'insuffisance relative du cœur. (*Thèse d'Erlangen.*) — Variot. Un cas de cyanose avec dilatation de l'artère pulmonaire. (*J. de clin. inf.*, 14 oct.) — Keim. Communication interventriculaire sans cyanose. (*Soc. anat. Paris*, 23 juill.) — du Pasquier. Rétrécissement mitral en croissant par fixation de la grande valve dans sa position d'occlusion. (*Ibid.*) — Jolly. Séméiologie du souffle présystolique dans le rétrécissement mitral pur. (*Thèse de Paris.*) — M. Ruge. Rétrécissement congénital de l'orifice pulmonaire chez une fille de 18 ans. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 mai.) — Schmey. Rupture traumatique de la valvule mitrale. (*Allg. med. cent. zeit.*, 20 oct.) — Dickinson. Apparition de souffles mitraux dans le rétrécissement aortique. (*Med. chir. Trans.*, LXXX, p. 409.) — Kerschensteiner. Endocardite pneumonique de l'artère pulmonaire. (*Thèse de Munich.*) — Griffon. Endocardite végétante à pneumocoques greffée sur une valvulite ancienne. (*Soc. anat. Paris*, 16 juill.) — Washbourn. Endocardite ulcéreuse traitée avec succès par le sérum antistreptococcique. (*Lancet*, 18 sept.) — Gordon. Cloison ventriculaire perforée, endocardite infectieuse des valvules pulmonaires. (*Brit. med. j.*, 23 oct.) — Weber. Pathogénie des myocardites. (*J. des Praticiens*, 14 août.) — Verhaeghe. Sur un cas de péricardite brightique. (*Echo méd. Nord*, 31 oct.) — Skerritt. Pronostic dans les maladies du cœur. (*Brit. med. j.*, 6 nov.) — Corin. Traitement des troubles cardiaques dépendant de la calcification des parois vasculaires. (*Ann. soc. méd. chir. Liège*, juin.) — Kumpf. Traitement des troubles cardiaques liés à la dégénérescence calcaire des vaisseaux. (*Berl. klin. Woch.*, 29 mars.) — Liégeois. Remarques sur le choix des diurétiques dans les hydropisies cardiaques. (*J. des Praticiens*, 26 juin.) — Neumann. Traitement de l'insuffisance cardiaque chronique. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 mai.) — Camac. Le traitement des affections cardiaques selon la méthode de Schott. (*J. Amer. med. Ass.*, 28 août.) — Barié. Le traitement des maladies du cœur par la gymnastique suédoise. (*Semaine méd.*, 3 nov.) — Bode. Des plaies du cœur. (*Beit. z. klin. Chir.*, XIX, p. 167.) — Prioe. Plaie du cœur, guérison. (*Lancet*, 9 oct.) — Rehn. Des plaies pénétrantes et de la suture du cœur. (*Arch. f. klin. Chir.*, LV, p. 315.) Petrocchi. Des tumeurs primitives du cœur. Lipome de l'oreillette droite. (*Lo Sperimentale*, LI, p. 89.)

Conjonctive. — Mermet. Trajet du cul-de-sac conjonctival, ses rapports avec le limbe cornéen et la fente palpébrale. (*Soc. anat. Paris*, 9 juill.) — Mellinger et Bossalino. L'extension des liquides injectés sous la conjonctive. (*Arch. of opht.*, XXVI, p. 424.) — Randolph. Bactéries dans la conjonctive normale. (*Ibid.*, XXVI, p. 379.) — Hansen. Dégénérescence amyloïde de la conjonctive. (*Berl. klin. Woch.*, 30 nov. 1896.) — Mitvalsky. Sur une inflammation tarso-conjonctivale chronique. (*Ann. d'ocul.*, oct.) — Baudry De la kérato-conjonctivite phlycténulaire. (*Nord méd.*, 1er nov.) — Standish. Les conjonctivites contagieuses. (*Boston med. j.*, 5 août.) — Mueller. Bactériologie de la conjonctivite granuleuse. (*Wien. klin. Woch.*, 21 oct.) — Elze. Présence de plasmodies dans le trachome. (*Zwickau.*) — Neese. Du trachome, son traitement. (*Deut. med. Woch.*, 21 oct.) — Kuhnt. Traitement de la conjonctivite granuleuse. (*Ibid.*, 16 sept.) — Santos Fernandez. Injections sous-conjonctivales de permanganate de potasse dans le cul-de-sac contre le trachome. (*Rev. gén. d'opht.*, XVI, p. 443.) — Nevadovics. Traitement de la conjonctivite granuleuse. (*Wien. med. Presse*, 3 oct.) —

Nesmanoff. Traitement du trachome par les solutions d'iode. (*Cent. f. prakt. Aug.*, août.) — Armaignac. Tuberculose primitive de la conjonctive palpébrale et de la caroncule suivie de tuberculose pulmonaire et laryngée, mort. (*Ann. d'ocul.*, août, et *J. méd. Bordeaux*, 15 août.) — Mazet. De la greffe conjonctivale dans les ulcères torpides et rebelles de la cornée. (*Marseille méd.*, 15 août.) — Romboletti. Des kystes simples et séreux de la conjonctive. (*Arch. of opht.*, XXVI, p. 405.)

Coqueluche. — Koplik. Bactériologie de la coqueluche. (*Brit. med. j.*, 16 oct. et *Cent. f. Bakt.*, XXII, p. 222.) — Theodor. Traitement de la coqueluche. (*Arch. f. Kind.*, XXIX, 4.) — Wertheimer. Traitement de la coqueluche. (*Münch. med. Woch.*, 20 juill.) — Bargellini. Influence de la vaccination sur la coqueluche. (*Settim. med.*, 14 août.) — Urban. Valeur du tussol dans la coqueluche. (*Wien. med. Blätter*, 7 oct.) — Violi. Traitement de la coqueluche par les injections de sérum de génisse immunisée contre la variole. (*Cong. de Moscou*, *Méd. mod.*, 8 sept.)

Cornée. — Achenbach. Les causes de la kératite parenchymateuse typique. (*Berl. klin. Woch.*, 4 janv.) — Darier. De l'ichtyol dans la blépharite et la kératite strumeuse. (*Clinique opht.*, 10 fév.) — Deschamps. Le raclage du ptérygion. (*Dauphiné méd.*, août.) — Valois. Ulcère infectieux de la cornée, (*Rec. d'opht.*, sept.) — Bentéjac. Ulcère rongeant superficiel de la cornée. d'origine palustre, déterminé par une plaie opératoire. (*Ibid.*) — Thiébaut. La diphtérie primitive de la cornée. (*La clin. opht.*, 25 août.) — Kohl. De l'ulcère serpigineux de la cornée. (*Thèse de Giessen.*) — Rodman. L'emploi du thermocautère dans les ulcérations de la cornée. (*Med. Record*, 21 août.) — Hallock. Staphylome de la cornée. (*Manhattan hosp. Rep.*, IV, p. 37.) — de Wecker. Le tatouage cornéen optique. (*Ann. d'ocul.*, août.) — Froehlich. Technique du tatouage. (*Klin. Mon. f. Aug.*, sept.) — Stern. Incrustation de plomb dans la cornée, à la suite d'application d'eau blanche sur l'œil. (*Berlin. klin. Woch.*, 22 mars.)

Corps étrangers. — Schnurr. Des corps étrangers des voies aériennes. (*Thèse de Leipzig.*) — Bunch et Lake. Corps étranger du larynx pendant 9 ans, ablation. (*Lancet*, 25 sept.) — Francis. Tuyau de pipe dans une bronche pendant 3 mois. (*Brit. med. j.*, 25 sept.) — Thomas et Junod. Corps étranger de la bronche gauche chez un enfant, trachéotomie, guérison. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XVI, p. 246.) — Benda. Corps étranger (os) de la bronche gauche, mort 8 ans plus tard, par abcès rompu dans la plèvre. (*Berlin. klin Woch.*, 3 mai.) — Gerhardt. Céphalée et œdème de la papille faisant croire à une tumeur cérébrale ; accès brusque de suffocation ; trachéotomie, expectoration d'un gros morceau de viande et disparition des phénomènes cérébraux. (*Ibid.*) — Frech. Corps étranger de la rétine. (*Thèse de Strasbourg.*) — Beaumont. Corps étrangers aseptiques de l'œil et de l'orbite. (*Lancet*, 28 août.) — Lalatta. Corps étranger du conduit auditif. (*Arch. ital. di otol.*, V, p. 209.) — Miller. Corps étranger, une dent, dans l'oreille. (*Brit. med. j.*, 25 sept.) — Krause. Perforation de l'aorte et de l'œsophage par une arête de poisson. (*Thèse de Kiel.*) — Soldin. Les corps étrangers de l'œsophage. (*Thèse de Leipzig.*) — Péan. Corps étrangers de l'œsophage (*Bull. Acad. de méd.*, 13 avril.) — Max Schuller. Extraction d'un fragment d'os arrêté dans l'œsophage après emploi des rayons de Rœntgen. (*Berlin. klin. Woch.*, 29 mars.) — J. Hochenegg. De l'emploi des rayons de Rœntgen pour extraire des corps étrangers de l'œsophage. (*Ibid.*, 5 avril.) — Rosenheim. Deux cas de corps étranger de l'œsophage, dentier, pièces de monnaie. (*Ibid.*, 30 nov. 1896.) — Snyder. Œsophagotomie pour l'ablation

d'un dentier. (*N. York med. j.*, 18 sept.) — Mathieu. Corps étrangers de l'estomac. (*Gaz. des hôp.*, 23 sept.) — Péraire. Corps étranger, épingle à cheveux, du rectum. (*Soc. anat. Paris*, 11 juin.) — Begouin. Bout de manche à balai et crochet de fer retirés d'un rectum. (*J. méd. Bordeaux* 10 oct.) — Mongie. Corps étranger dans un sac herniaire. (*Ibid.*, 3 oct.) — Guyot. Corps étrangers du genou consécutifs à un traumatisme. (*Ibid.*, 24 oct.) — Bunce. Epingle à chapeau dans l'urêtre (homme). (*N. York med. j.*, 21 août.)

Crâne. — Tiffany. Technique de la chirurgie intra-cranienne. (*Ann. of surg.* sept.) — Shimonek. Fractures du crâne et lésion de l'encéphale. (*J. Amer. med. Ass.*, 7 août.) — Vitrac et Laubie. Fracture du crâne. Abcès du cerveau. Mort. (*J. méd. Bordeaux*, 19 sept.) — Dupraz et Patry. Plaie par balle de revolver intéressant l'orbite gauche, le plafond des fosses nasales et le lobe frontal droit, guérison. (*Rev. de chir.*, oct.) — Richardson et Walton. Un cas de tumeur temporo-sphénoïdale ayant présenté la symptomatologie d'un abcès. (*Boston med. j.*, 19 août.)

Crétinisme. — Osler. Le crétinisme sporadique en Amérique. (*Amer. j. of, med. sc.*, oct.) — Koplik. Du crétinisme sporadique. (*N. York med. j.* 4 sept.) — Koplik. Le diagnostic précoce du crétinisme. (*Med. Record*, 2 oct.) — Paterson. Crétinisme sporadique. (*Lancet*, 2 oct.) — Telford-Smith. Tendance à l'incurvation des os dans le crétinisme traité par le corps thyroïde. (*Ibid.*) — Drake Brockman. Crétinisme traité par l'extrait thyroïdien. (*Ibid.*) — Anderson. Crétinisme traité avec succès par l'iodothyrine. (*Ibid.*) — Vinke. Résultats du traitement thyroïdien dans le crétinisme. (*Med. News*, 29 mai.)

Criminel. — Christison. Crime et criminels. (*Chicago.*) — Perrier. Du tatouage chez les criminels. (*Arch. d'anthrop. crim.*, 15 sept.)

Cristallin. — Addario. Malformation du cristallin, contribution au développement de l'œil chez les vertébrés. (*Arch. di ottalm.,* V, p. 51.) — Gruber. Contribution à l'étude de la pathologie du cristallin. (*Wiener med. Woch.*, 31 juill.) — Schanz. Une famille avec cataracte juvénile. (*Cent. f. prakt. Aug.*, sept.) — Rauschenbach. Pathologie et traitement de la cataracte traumatique. (*Thèse de Schaffouse.*) — Schlodtmann. Un cas de luxation du cristallin. (*Arch. f. Opht.*, XLIV, p. 127.) — Chevallereau. Guérison spontanée de la cataracte. (*Ann. d'ocul.*, août, p. 117.) — Page. Extraction d'un cristallin subluxé et déterminant du glaucome. (*Gaz. méd. Picardie*, juin.) — Bergansky. De la suture de la cornée après l'ablation de la cataracte. (*Thèse de Greifswald.*) — Deschamps. Deux cents opérations de cataracte. (*Dauphiné méd.*, août.) — Pflueger. Prolapsus de l'iris après l'extraction de la cataracte sénile. (*Klin. Mon. f. Aug.*, oct.) — Wadsworth. Les hémorragies consécutives à l'extraction de la cataracte. (*Boston med. Journ.*, 23 sept.)

D

Démographie. — Mollière. La population de Lyon au XVIIIe siècle. (*Lyon méd.*. 22 août.) — Kantor. La mortalité dans les grandes villes d'Autriche

et spécialement de Bohême de 1886 à 1895. (*Prager med. Woch.*, 5 août.) — PASSERAT. Mouvement de la population dans les pays d'étangs de 1806 à 1896, au point de vue de l'hygiène. (In-8°, 29 p. *Bourg.*) — QUÉTAUD. La mortalité infantile à Montpellier. (*N. Montpellier méd.*, n° 3 suppl. 1er mai.) — LETTERS. La mortalité infantile en Irlande. (*Dublin Jour.*, oct.)

Dent. — RAUGÉ. Sur la chronologie dentaire. (*Bull. méd.*, 3 oct.) — NEUMANN. Influence des maladies générales sur les maladies des dents, érosions rachitiques, syphilitiques, carie. (*Berl. klin. Woch.*, 4 janv.) — BRUBACHER. De l'état actuel de la thérapeutique dentaire. (*Münch. med. Woch.*, 25 mai.)

Désinfection. — SCHEURLEN. Méthode de désinfection. (*Münch. med. Woch.*, 20 juill.) — POLECK. De la désinfection. (*Thèse de Breslau.*) — JAYLE et DESFOSSES. De la désinfection des mains. (*Presse méd.*, 25 août.) — W. SCHMIDT. Du pouvoir désinfectant des substances antiseptiques en poudre, de la valeur de l'iodoforme. (*Cent. f. Bakt.*, XXII, p. 171.) — KOEHNKE. Du chinosol, de la crésochine, du nosophène et de l'antinosine comme désinfectants. (*Thèse de Gœttingue.*) — SUELZER. De la désinfection par les préparations de crésol. (*Ibid.*) — MÉRIEUX. Sur la désinfection des vêtements et objets de literie au moyen du vide et du formochloral. (*Lyon méd.*, 12 sept.) — DOTY. Formaldéhyde comme désinfectant (*N. York med. j.*, 16 oct.) — LEDERLE. Idem. (*Ibid.*) — ROSENBERG. Action de la formaldéhyde sur le bois et sur le stériforme. (*Zeit f. Hyg.*, XXIV, 3.) — PFUHL. De l'emploi des vapeurs de formaldéhyde comme désinfectant pour les grandes pièces. (*Ibid.*, XXIV, 2.) — BENEDICENTI. Sur les propriétés désinfectantes des formolprotéines. (*Arch. ital. de biol.*, XXVII, p. 355.) — LEMAIRE. De la désinfection par l'aldéhyde formique. (*Concours méd.*, 2 janv.)

Diabète. — PITTARELLI. De la glycosurie physiologique. (*Semaine méd.*, 30 oct.) — STRUEMPELL. Etiologie de la glycosurie alimentaire. (*Berlin. klin. Woch.*, 16 nov. 1896.) — NIESSEN. De l'hérédité du diabète sucré. (*Therap. Mon.*, oct.) — LANDOLPH. Les méthodes de dosage du sucre diabétique. (*Acad. des sc.*, 26 oct.) — MORACZEWSKI. Les échanges organiques dans le diabète. (*Cent. f. inn. Med.*, 11 sept.) — LÉPINE. Hyperglycémie extraordinaire chez une femme diabétique avec lésions rénales. (*Rev. de méd.*, oct.) — LÉPINE. Des différentes formes de diabète sucré. (*Cong. de Moscou*, *Méd. mod.*, 1 sept.) — DE VENY. Symptômes mentaux du diabète. (*Medicine*, oct.) — GLORIEUX. Paraplégie diabètique. (*La Policlin. Bruxelles*, 15 sept.) — BONARDI. Sclérose diffuse pseudo-systématique de la moelle avec polynévrite dans un cas de diabète. (*Morgagni*, août.) — GROSS. Affections cutanées dans le diabète. (*Thèse d'Erlangen.*) — BARTHÉLEMY. Mode de début d'une variété de diabétides génitales chez l'homme, pustulo ulcéreuses, disséminées dans le sillon balano préputial. (*J. de méd. Paris*, 17 oct.) — BANDLER. Etiologie du diabète insipide. (*Arch. f. Derm.*, XLI, p. 49.) — HUGOUNENQ et DOYON. Recherches expérimentales concernant le traitement du diabète pancréatique par l'administration des extraits de pancréas. (*Arch. de phys.*, IX, p. 832.) — MURDOCK. Traitement du diabète. (*Med. Record.*, 9 oct.) — MAUREL. Traitement du diabète par le dosage de l'alimentation et particulièrement par le régime lacté. (*Bull. gén. de thérap.*, 25 juill.) — SAUNDBY. Sur le traitement diététique du diabète. (*Brit. med. j.*, 16 oct.) — DUNCAN. Le nitrate d'urane dans le diabète. (*Ibid.*) — BATTISTINI. Valeur du nitrate d'urane dans le traitement du diabète. (*Gaz. d. Osped.*, 3 oct.) — V. HOSSLIN. Pâtisserie pour diabétiques et obèses. (*Münch. med. Woch.*, p. 445, 27 avril.) — ROBIN. Traitement de l'albuminurie diabétique. (*Bull. gén. de thérap.*, 15 août.)

Diphtérie. — Michel. Le développement des bacilles diphtériques sur le sérum et l'agar glycérinée. *(Cent. f. Bakt.*, XXII, p. 259.) — Mc Alister. Antitoxine diphtérique. (*N. York med. j.*, 25 sept.) — Madsen. Mesure de la force du sérum antidiphtérique. (*Zeit. f. Hyg.,* XXIV, 3.) — Lohnstein. Critiques de la mesure de la force du sérum diphtérique. (*Therap. Mon.*, oct.) — Tanturri. Pouvoir absorbant de la vessie pour la toxine et l'antitoxine diphtériques. (*Giorn. int. sc. med.*, 15 oct.) — Smith. Etiologie de la diphtérie. (*Lancet*, 16 oct.) — Foulerton et Williams. Diffusion de l'infection diphtérique par des sujets bien portants. (*Lancet*, 23 oct.) — Tschepurkowsky. De la périodicité des épidémies diphtériques dans les campagnes Russes. (*Cong. de Moscou, Méd. mod.*, 4 sept.) — Noureddin Bey. Sur l'épidémie diphtérique de Keinah. (*Presse méd.*, 8 sept.) — O. Schellong. Sur la présence et l'extension de la diphtérie sous les tropiques. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXLVI, 1.) — Sevestre. Statistique de la diphtérie à l'hôpital des enfants malades pendant l'année 1896. (*Soc. méd. des hôp.*, 9 juill.) — Méry. Examen bactériologique de la strepto diphtérie. (*Ibid.*, 16 juill.) — Dufour. Antagonisme entre la diphtérie et la fièvre typhoïde. (*Normandie méd.*, 15 oct.) — Longyear. Diphtérie puerpérale. (*Amer. j. of obst.*, oct.) — Hennig. Sur la diphtérie chronique (*Wiener med. Woch.*, 28 août.) — Jessen. Angine diphtéritique persistant depuis 4 mois malgré les médications locales et la sérothérapie. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 347, 19 avril.) — Hallwachs. De la myocardite dans la diphtérie. (*Thèse de Leipzig.*) — Stcheglow. Lésions rénales dans la diphtérie. (*Mediz. obozr.*, août.) — Lommel. Les conditions pathologiques de l'oreille moyenne et du sinus sphénoïdal dans la diphtérie vraie. (*Arch. of otol.*, XXVI, p. 151.) — Escherich. Immunisation diphtérique par voie digestive. (*Wien. klin. Woch.*, 9 sept.) — Krukenberg. Traitement chirurgical de la diphtérie. (*Münch. med. Woch.*, 13 juill.) — Klein. Traitement chirurgical de la sténose diphtérique des voies aériennes. (*Arch. f. Kind.*, XXIII.) — Katz. Etude des paralysies diphtériques. (*Ibid.*) — De Chateaubourg. Le gaïacol dans la diphtérie. (*Méd. mod.*, 9 oct.) — Rose. La sérothérapie à l'hôpital Bethanie. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLVI, p. 583.) — Fibiger. Statistique des diphtéries traitées à l'hôpital de Blegdam. (*Cong. de Moscou, Bull. méd.*, 8 sept.) — Sevestre. Le traitement de la diphtérie par le sérum à l'hôpital des enfants. (*Ibid.*) — Romniciano. Les accidents de la sérothérapie dans la diphtérie. (*Ibid.*) — Boulay. Des rétrécissements sous-glottiques observés à la suite du tubage. (*Ibid.*) — Damieno. Cent cas de diphtérie traités par le sérum. (*Arch. ital. di otol.*, V, p. 193.) — Clubbe. Les premiers 300 cas de diphtérie traités par le sérum comparés aux 300 derniers cas traités avant. *(Brit. med. j.*, 23 oct.) — Snively. Observations personnelles sur le sérum antidiphtérique. (*J. Amer. med. Assoc.*, 25 sept.) — Brossard. Deux cas de diphtérie. Réflexions sur l'application du sérum antidiphtérique. (*France méd.*, 16 juill.) — Vidal. La sérothérapie et le sublimé corrosif dans la diphtérie. (Méthode de Ph. Dazio. (*N. Montpellier méd.*, 17 juin.) — Mc Alister. Sur l'usage de l'antitoxine de la diphtérie dans les cas graves. *(J. Amer. med. Ass.*, 11 sept.) — Kunik. Des récidives de diphtérie après les injections sérothérapiques. (*Thèse de Leipzig.*) — Gonner. Récidive de diphtérie après le traitement par la sérothérapie. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 1er fév.) — Wieland. Des récidives de diphtérie après la sérothérapie. (*Ibid.*, 1 mars.) — Hagenbach. Idem. (*Ibid.*, 15 mars.) — Meyer. Intubation et sérothérapie. dans la diphtérie du larynx. (*Münch med. Woch.*, 29 juin.) — Taylor. Un cas d'intubation chez un enfant de 4 mois. (*Boston med. Jour.*, 2 sept.) — Friedrich. Des exanthèmes par la sérothérapie diphtérique. (*Thèse de Leipzig.*)

E

Eau. — Vaughan. Examen bactériologique de l'eau potable. (*Cong. de Moscou, Méd. mod.*, 4 sept.) — Kontkowski. Valeur sanitaire des procédés d'épuration et de stérilisation des eaux potables. (*Ibid*). — Guillot. Analyse des eaux d'Aïn-el-Hamnam. (*Arch. de méd. milit.*, oct.)

Eaux minérales. — Cazaux. Les eaux minérales dans l'emphysème pulmonaire. (*Ann. d'hydrol.*, II, p. 16.) — Choux. Des eaux de Bourbonne dans le traitement des maladies générales dystrophiques et dyscrasiques et des affections chroniques du système nerveux périphérique et central. (*Ann. d'hydrol.*,.. août). — R. Durand-Fardel. La poussée thermale. (*Ibid.*, II, p. 120). — De Ranse. La crise thermale aux eaux indéterminées. (*Ibid.*, p. 133.) — Rosenthal. Emploi thérapeutique des eaux chaudes, spécialement dans les maladies de la peau. (*Deut. med Woch.*, 30 sept.) — Méra. La source minérale de Posvol. (*Vratch*, 7 août.) — Jacoby. Influence de l'eau d'Apenta sur la nutrition d'une femme obèse. (*Berlin. klin. Wochens.*, 22 mars.) — Lenné. Des eaux salines naturelles et artificielles. (*Ibid.*, 26 avril.) — Vollmer. Mode d'action du chlorure de calcium dans les eaux thermales et les eaux minérales de boisson. (*Ibid.*, 19 avril.) — Mordhorst. Phénomènes de la dissolution des calculs urinaires par les eaux alcalines. (*Ibid.*, 12 avril.)

Eclampsie. — Finke. Histologie du placenta éclamptique. (*Thèse de Fribourg.*) — Falk. Dégénérescence hydropique partielle du placenta chez une éclamptique. (*Cent. f. Gyn.*, 11 sept.) — Launois et Meslier. Néphrite gravidique. Urémie et éclampsie. (*J. des Praticiens*, 4 sept.) — Rae. Injections de pilocarpine dans l'éclampsie puerpérale. (*Brit. med. j.*, 18 sept.) — Gardener. Eclampsie traitée par le chloral, le bromure et les inhalations de chloroforme. (*Lancet*, 9 oct.)

Eczéma. — Aubert. Traitement de l'eczéma par l'acide picrique. (*Thèse de Paris.*) — Poix. Traitement de l'eczéma aigu par l'acide picrique. (*Arch. méd. Angers*, I, p. 542.)

Électricité. — Dubois. Sur l'action physiologique du courant galvanique dans sa période d'état variable de fermeture. (*Arch. de Phys.*, IX, p. 746.) — Apostoli. Sur les applications nouvelles du courant ondulatoire en thérapeutique générale. (*Arch. d'élect. méd.*, 15 sept.) — Apostoli et Berlioz. Sur l'action thérapeutique générale des courants alternatifs de haute fréquence. (*Ibid.*) — Truchot. Faradisation tétanisante et faradisation rythmée, résultats. (*Ibid.*, I, 15 sept. et le *Centre méd.*, 1er sept.) — Boinet et Caillol de Poncy. Recherches sur les effets thérapeutiques des courants de haute fréquence. (*Bull. gén. de thérap.*, 8 sept.) — Personali. Sur l'introduction des médicaments au moyen de l'électricité. (*Giorn. Accad. Medic. de Torino*, mai, et *Settimana med.*, 19 juin.) — Deshayes. Des accidents par les fils électriques et des moyens d'y remédier. (*Tribune méd.*, 6 oct.) — Kratter. La mort par l'électricité. (*Vienne*, 1896.) — Massy. Le bain hydro-électri-

que. (*J. de méd. Paris.*, 5 sept.) — LARAT. Diagnostic, pronostic et traitement de la paralysie spinale de l'enfance au moyen de l'électricité. (*Rev. int. d'électroth.*, août.) — HARDAWAY. De l'électrolyse dans les maladies de la peau. (*J. of cut. dis.*, sept.) — MALLY. L'éclairage électrique d'un service de chirurgie. (*Prog. méd.*, 24 juill.)

Éléphantiasis. — DE VINCENTIIS. Eléphantiasis de la paupière supérieure. (*Giorn. int. sc. med.* 15 sept.) — KOELPIN. Fibrome molluseum avec éléphantiasis du bras droit. (*Thèse de Greifswald.*) — ABEL. Eléphantiasis et cancer de la vulve avec fistule rectovaginale chez une femme de 62 ans, ablation de l'éléphantiasis. (*Berlin. klin. Wochens.*, 8 mars.)

Embolie. — SCHLECHTENDAHL. De l'origine embolique des infarctus hémorragiques du poumon. (*Thèse de Bonn.*) — SCHUBERT. Pathogénie des affections pulmonaires emboliques. (*Thèse de Leipzig.*)

Embryologie. — BAHR. Remarques sur la théorie de Wolff : « loi de la transformation ». (*Münch. med. Woch.*, p. 534, 18 mai.) — WHEELER. La maturation et la fécondation du myzostoma glabrum Leuckart. (*Arch. de Biol.*, XV, p. 1.) — FÉRÉ. Influence sur l'embryon de poulet des injections de strychnine dans l'albumine de l'œuf. (*Soc. de Biol.*, 2 oct.) — FÉRÉ. Développement de l'embryon dans les œufs à deux jaunes. (*Ibid.*) — FÉRÉ. Expériences retatives aux inclusions fœtales. (*Ibid.*) — LAGUESSE et BUE. Embryon humain dérodyme. (*Ibid.*, 30 oct.)

Empoisonnement. — BENEDICENTI. Sur l'action physiologique du poison de quelques flèches de l'Amérique du Sud. (*Arch. ital. de Biol.* XXVII, p.289.) — BLACKBURN. Empoisonnement aigu par l'opium traité par l'oxygène, la saignée et l'hypodermoclyse. (*Med. News*, 14 août.) — DŒRNBERGER. Intoxication aiguë par l'opium chez l'enfant. (*Münch. med. Woch.*, 13 avril.) — NITCH-SMITH. Le permanganate de potasse et l'empoisonnement par l'opium. (*Lancet*, 30 oct.) — ESHNER. Empoisonnement par l'hyoscine. (*Therap. Gaz.*, 15 oct.) — OLIVER. Empoisonnement par l'epilobium hirsutum. (*Brit. med. j.*, 18 sept.) — BAUDOUIN. Prophylaxie de l'empoisonnement par les champignons. (*Prog. méd.*, 9 oct.) — CAGLIERI. Empoisonnement par les champignons. (*Med. Record*, 28 août.) — LEGLUDIC. Asphyxie par les gaz des fosses d'aisances. (*Arch. méd. Angers*, I, p. 502). — RŒMER. Intoxication aiguë mortelle par l'hydrogène sulfuré. (*Münch. med. Woch.*, 3 août.) — HAYEM et GHIKA. Ictère méthémoglobinhémique. Empoisonnement par une substance méthémoglobinisante de nature indéterminée. (*Soc. méd. des hôp.*, 23 juill.) — POSSELT. Le traitement de l'empoisonnement par la nitrobenzine. (*Wiener med. Woch.*, 24 juill.) — HUBER. Intoxication par l'antipyrine à petites doses. (*Corresp.-Blätt f. schweiz. Aerzte*, 1er mars.) — BUSSENIUS. Rejet par la bouche de 22 centimètres du cylindre muqueux œsophagien dans un cas d'empoisonnement par la lessive, le 10 juin. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 213, 8 mars.) — LUCAS. Empoisonnement par l'application de compresses phéniquées sur la peau. (*Lancet*, 28 août.) — RŒLIN. Empoisonnement par l'acide salicylique. (*Therap. Mon.*, oct.) — CARSON. Empoisonnement par le plomb avec colite ulcéreuse. (*Lancet*, 4 sept.) — STEAVENSON. Empoisonnement par l'acide phénique traité par le vinaigre. (*Brit. med. j.*, 4 sept.) — PIETRKOWSKI. De l'empoisonnement par le sublimé. (*Thèse de Fribourg.*) — POIX. Intoxication aiguë par le sublimé. (*Soc. méd. des hôp.*, 16 juil.) — LEGRAND. De l'intoxication aiguë par le sublimé. (*Thèse de Paris.*) — FRŒLICH. Des empoisonnements par le sublimé par les lavages. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLVI, p. 203.) — RITTER.

Des rapports entre l'atrophie jaune aiguë du foie et l'empoisonnement par le phosphore. (*Thèse de Leipzig.*)— RICHE. Le phosphorisme. (*J. de pharm.*, 1er oct.)

Enfant. — LEROUX. De l'importance du service médical dans les crèches. (*J. de clin. inf.*, 7 oct.) — BAGINSKY. L'assistance publique des enfants du premier âge dans les grandes villes. (*Berlin. klin. Wochens.*, 10 mai.) — PINARD. De la puériculture. (*Rev. scientif.*, 31 juill.) — AUDEBERT. Infection intra-utérine du fœtus. (*J. méd. Bordeaux*, 25 juill.) — HERBST. L'alimentation normale des enfants. (*Thèse de Berlin.*) — MUEHLMANN. La température du nouveau-né. (*Arch. f. Kind.*, XXIX, p. 4.) — MATTE. De la méningite. (*Thése de Gœttingen.*) — SSOKOLOW. Traitement de la méningite tuberculeuse chez l'enfant. (*Arch. f. Kind.*, XXIII, p. 6.) — BONARDI. Sclérose latérale amyotrophique à début bulbaire chez une enfant de 10 ans. (*Morgagni*, oct.) — BAGINSKY. Myxoangiogliosarcome du corps strié et de la couche optique chez un enfant de 6 ans et demi. (*Berlin. klin. Wochens.*, 17 mai.) — MONGOUR et GINESTOUS. Paralysie spinale de l'enfance. (*J. méd. Bordeaux*, 29 août.) — DE CERENVILLE. Fillette de 7 ans, abcès frontal, crises épileptiformes Jacksonniennes. Trépanation : Énucléation d'un tubercule méningé gros comme une mandarine. Développement d'une tumeur du foie. (*Rev. méd. Suisse roman.*, avril, p. 317.) — FRENEL. Confusion mentale primitive chez une fillette. (*Normandie méd.*, 1er août.) — CATTANEO. Hystérie chez l'enfant. (*Gaz. d. Osped.*, 5 sept.) — COMBY. Arythmie du cœur chez les enfants. (*Méd. mod.*, 28 août et *J. de méd. Paris*, 10 oct.) — AUDEBERT. Traitement de l'apnée des nouveau-nés prématurés. (*J. méd. Bordeaux*, 12 sept.) — PAUL. Des vomissements et des crachements de sang chez les enfants. (*Thèse de Munich.*) — AUSSET, GÉRARD et PAQUET. Tuberculose généralisée chez un enfant de 14 mois. (*Rev. mal. de l'enf.*, avril.)— LEVI. Tubercule massif de la protubérance et du bulbe chez un enfant. (*Soc. anat. Paris*, 11 juin.) — AUSSET. Caverne pulmonaire, seule lésion tuberculeuse chez un enfant de 14 mois. (*Bull. Soc. méd. du Nord*, 23 juill.) — ESHNER. La pneumonie chez les enfants. (*J. Amer. med. Ass.*, 7 août. — DELTHIL. De l'adénopathie trachéo-bronchique d'origine tuberculeuse chez l'enfant. (*Gaz. des hôp.*, 14 sept.) — HIRSH. Un cas d'entérite streptococcique chez un nourrisson. (*Cent. f. Bakt.* XXII, p. 369.) — LIBMAN. Recherches sur l'entérite streptococcique des enfants. (*Ibid.*, p. 376.) — ESCHERICH. Causes spécifiques de l'entérite des nourrissons. (*Wien. klin. Woch.*, 21 oct.) — BABEAU. Troubles gastro-intestinaux provoqués chez un enfant par la modification de la composition du lait de la nourrice. (*N. Montpellier méd.*, 17 juin.) — POWELL. Cirrhose hépatique chez un enfant de 6 ans, fièvre typhoïde intercurrente, mort d'atrophie jaune aiguë. (*Brit. med. j.*, 16 oct.) — FISCHER. Du melœna des nouveau-nés. (*Münch. med. Woch.*, 11 mai.) — AMIOTTE. L'ascite chez les enfants. (*Settim. med.*, 12 juin.) — TAFT. Étiologie et traitement de la néphrite aiguë chez l'enfant. (*Med. News*, 16 oct.) — BAGINSKY. De la pyélonéphrite chez les enfants. (*Berlin. klin. Wochens*, 10 mai.) — DREYER. Du diabète chez l'enfant. (*Deut. med. Woch.*, 9 sept.) — COLLETTE. Diabète à forme foudroyante chez un enfant de 6 ans. (*Bourgogne méd.*, juin.) — HALIPRÉ. Un cas de fièvre typhoïde chez l'enfant. (*Normandie méd.*, 1er sept.) — SHEFFIELD. La fièvre intermittente chez l'enfant. (*N.-York med. j.*, 23 oct.) — ROBINSON. L'irrigation intestinale et l'alimentation rectale dans les diarrhées graves de l'enfance. (*Ibid.*) — RAUDNITZ. Du spasmus nutans. (*Jahrb. f. Kind.*, XLV, p. 145.) — KNŒPELLMACHER. La graisse chez les nourrissons âgés et la nécrose graisseuse. (*Ibid.*, p. 177.) — REY. Étiologie des terreurs nocturnes. (*Ibid.*, p. 217.) — TRIBOULET. Impetigo et ecthyma ulcéreux discrets chez un enfant

de 10 mois, mort subite, infection sanguine généralisée à bacille pyocyanique. (*Soc. de Biol.*, 16 oct.) — Capitan et Croisier. Un cas d'obésité chez un enfant de 4 ans. (*Méd. mod.* 29 sept.) — Feulard. Le prurigo chez les enfants. (*Rev. mal. de l'enf.*, avril.) — Ausset. Gommes tuberculeuses de la peau chez un nourrisson de 4 semaines. (*Écho méd. Nord*, 26 sept.) — Comby. Traitement de la vulvo vaginite chez les petites filles. (*Méd. mod.*, 12 sept.) — Snell. Quelques causes de cécité chez l'enfant. (*Quarterly med. j.*, oct.) — Valude. Granulations conjonctivales chez les enfants. (*Méd. mod.*, 5 oct.) — Oppenheimer. Des inflammations et suppurations cervicales. (*Arch. f. Kind.*, XXIII., p. 1.) — Wood. Nécrose du maxillaire chez un enfant de 2 jours. (*Brit. med. j.*, 30 oct.) — Kirmisson et Ardouin. Traitement conservateur des tuberculoses osseuses et articulaires chez l'enfant. (*Rev. d'orthop.*, VII, p. 378.) — Still. Forme d'arthrite chronique chez l'enfant. (*Med. chir. Trans.*, LXXX, p. 47.) — Braquehaye et Sabrazès. Hypertrophie congénitale et progressive des deux glandes sublinguales chez un enfant nouveau-né. (*Rev. mal. de l'enf.*, sept.) — Frœlich. Du fongus ombilical du nouveau-né. (*Gaz hebd. Paris.*, 8 août.) — Baginsky. Sarcome du rein et du foie avec tuberculose pulmonaire chez un enfant de 18 mois. (*Berlin. klin. Wochens*, 17 mai.) — Wiggin. Cent trois cas d'invagination infantile. (*Lancet*, 28 août.) — Rogers. Opération pour occlusion intestinale chez un enfant de 64 heures, guérison. (*Med. News*, 2 oct.) — Elliot. Laparotomie et opération de Kraske pour absence du rectum chez un enfant de 2 jours. (*Trans. Amer. surg. Assoc.*, XIV, p. 461.) — Kutner. Calculs de l'urètre chez un garçon de 13 ans. (*Berlin. klin. Woch.* 29 mars.) — Meyer. De l'étranglement des hernies chez l'enfant. (*Thèse de Gœttingue.*) — Morton. Rétention considérable d'urine chez un enfant, simulant l'appendicite et la péritonite. (*Trans. Amer. surg. Assoc.*, XIV, p. 463.) — Thomas. Tumeur myxomateuse du vagin chez une enfant de 21 mois. (*Brit. med. j.*, 16 oct.)

Épilepsie.—Clarke. Étude statistique de l'épilepsie. (*Med. Record*, 31 juill.) — Borischpolski. Sur l'état de la circulation cérébrale pendant les accès épileptiques. (*Rev. de psych. russe*, juillet.) — Clark. De la recherche plus soigneuse de l'épilepsie. (*N.-York med. j.*, 18 sept.) — Féré. Sur quelques réflexes cutanés chez les épileptiques. (*Soc. de biol.*, 2 oct.) — Clark. L'examen des épileptiques. (*Med. Record*, 21 août.) — Harris. Epilepsie réflexe. (*Lancet*, 28 août.) — Kowalewsky. Épilepsie sénile. (*Cent. f. Nerv.*, 1er sept.) — Russell. La migraine et les états épileptoïdes. (*Scottish med. j.*, sept.) — Bresler. Les troubles de l'appareil respiratoire dans les crampes épileptiques. (*Deut. med. Woch.*, 21 oct.) — Mahnert. Sur l'épilepsie d'origine cardiaque et sur l'épilepsie sénile artério-scléreuse. (*Wiener med. Woch.*, 14 août.) — De Gouvea. Les manifestations oculaires de l'épilepsie. (*Ann. d'ocul.*, août.) — Féré et Laubry. Sur la plus grande rapidité de l'élimination du bleu de méthylène par les urines à la suite des accès chez les épileptiques. (*Soc. de biol.*, 23 oct.) — Bellisari. Quelques recherches sur la secrétion chlorhydrique chez les épileptiques. (*Riforma med.*, 21 août.) — Thomas. Remarques sur l'évolution et le pronostic de l'épilepsie infantile. (*J. des Praticiens*, 19 juin.) — Ostankoff. Des vomissements périodiques chez les épileptiques. (*Rev. de psych. russe.* juill.) — Peterson. Avantages de la suppression des bromures dans le traitement de l'épilepsie. (*N.-York med. j.*, 25 sept.) — De Cesare. Contribution au traitement de l'épilepsie par la méthode de Bechterew. (*Riforma med.*, 13 août. — Woods. Quelques observations sur le traitement de l'épilepsie suivant la méthode de Niemeyer. (*J. Amer. med. Ass.*, 14 août.) — Lavista. L'intervention chirurgicale dans l'épilepsie jacksonienne. (*Cong. de Moscou, Bull. méd.*, 25 août.)

Épithélioma. — Thibierge. Epithélioma serpigineux de la région frontale. (*Atlas int. mal. peau*, nº 13.) — Mazet. Épithélioma ancien et assez étendu de la face (angle externe de l'œil) traité et guéri par des applications de bleu de méthylène. (*Marseille méd.* 1er juill.)

Erysipèle. — Kirkbride. Présence de la leucine et de la tyrosine dans l'urine de l'érysipèle. (*Cent. f. inn. Med.*, p. 41.) — Lemoine. Streptocoques de l'érysipèle influencés par le sérum de Marmorek. (*Soc. de biol.*, 23 oct.) — Wilson. Érysipèle envahissant le sinus frontal, l'orbite et les méninges. (*Laryngoscope*, juill.) — Griffiths. Érysipèle phlegmoneux. (*Medicine*, oct.) — Magnet. Incoordination motrice et troubles de la parole à la suite d'un érysipèle de la face. (*Loire méd.*, 15 oct.) — Panas. Névrite optique survenue tardivement après un érysipèle périoculaire. (*J. des Praticiens*, 3 juill.)

Estomac. — Bianchi et Comte. Des changements de forme et de position de l'estomac chez l'homme pendant la digestion étudiés par la projection phonendoscopique. (*Arch. de phys.*, IX, p. 891.) — Oppler. La quantité de pepsine dans les maladies de l'estomac. (*Arch. f. Verdauun.*, II.) — De Jong. La valeur diagnostique de l'acide lactique. (*Ibid.*) — Daube. De l'hypersécrétion stomacale. (*Ibid.*) — Hary. Evaluation de HCl de l'estomac. (*Ibid.*) — Winkler. HCl libre dans l'estomac décelé par le naphtol. (*Cent. f. inn. Med.*, 2 oct.) — Arnold. Nouveau moyen de déceler l'acide lactique dans le contenu de l'estomac. (*J. Amer. med. Ass.*, 21 août.) — Rathmann. De la sécrétion aqueuse de l'estomac. (*Thèse de Leipzig.*) — Rosenbach. La dyspepsie des émotions. (*Berl. klin. Woch.*, 25 janv.) — Hemmeter. Diététique et traitement médical de l'hyperacidité et de la gastrite. (*J. Amer. med. Ass.*, 9 oct.) — Lutler. Sur la dyspepsie gastrique. (*Boston med. journ.*, 9 sept.) — Murdoch. Diagnostic et traitement du catarrhe gastrique. (*N.-York med. j.*, 28 août.) — Sansom. De la dyspepsie névropathique et de ses rapports avec les troubles du rythme cardiaque. (*Lancet*, 28 août.) — Huchard. Traitement des dyspepsies par le massage de l'estomac. (*J. des Praticiens*, 18 sept.) — François. Sur une volumineuse dilatation stomacale. (*Marseille méd.*, 15 juin.) — Kuttner et Dyer. De la gastroptose. (*Berl. klin. Wochens.*, 17 mai.) — Jaworski. De l'hyperchlorhydrie de l'estomac, son traitement par l'eau alcaline effervescente. (*Therap. Mon.*, sept.) — Savelieff. Quelques facteurs mécaniques dans le traitement des maladies de l'estomac et de l'intestin. (*Deut. med. Woch.*, 4 nov.) — Kuhn. Cathétérisme avec les spirales métalliques. (*Deut. med. Woch.*, 2 sept.) — Hainebach. 2 cas de périgasrite adhésive, suite d'ulcère. (*Deut. med. Woch.*, 7 oct.) — Rolleston. Ulcère latent du pylore avec ictère, simulant une tumeur maligne (*Practitioner*, nov.) — Mérigot de Treigny. Traitement de l'ulcère gastrique par e repos absolu de l'estomac. (*J. des Praticiens*, 14 août.) — Sansoni. Le sous-nitrate de bismuth à hautes doses dans le traitement de l'ulcère simple de l'estomac. (*Giorn. Accad. di Medic. Torino.*, juin.) — Anderson. 2 cas d'ulcère de l'estomac perforés, opération. (*Lancet*, 30 oct.) — Hatch. Obstruction du pylore par spasmes du sphincter, opération de Loreta, guérison. (*Lancet*, 23 oct.) — Thomas. Étude sur la sténose du pylore par adhérences péritonéales. (*Rev. méd. Suisse romande*, janv.) — Roger. De la perforation de l'estomac dans la phtisie. (*Thèse de Paris.*) — Le Dentu. Traitement chirurgical des perforations spontanées de l'estomac. (*Bull. de l'Acad. de Méd.*, 4 mai.) — Thomas et Zahn. Myosarcome de l'estomac. (*Rev. méd. Suisse romande*, mars, p. 204.) — Franke. Adénome de l'estomac chez un homme de 37 ans. (*Berlin. klin. Wochens.*, 3 mai,

p. 391.) — Hammerschlag. Recherches sur le cancer de l'estomac. (*Arch. f. Verdauungsk.*, II.) — Hirtz et Luys. Ascite chyliforme au cours d'un cancer de l'estomac. (*Soc. méd. des hôp.*, 8 oct.) — Vickery. Trois cas de cancer de l'estomac avec présence d'acide chlorhydrique. (*Boston med. journ.*, 5 août.) — Mathieu. Étude sur trois cas de cancer succédant à l'ulcère simple de l'estomac. (*Soc. méd. des hôp.*, 20 juill.) — Heusner. Procédé de gastrostomie dans le cancer de l'estomac. (*Berlin. klin. Woch.*, 26 oct.) — Lambret. 2 cas de cancer de l'estomac traités par la gastro-entérostomie. (*Écho méd. Nord.*, 3 oct.) — Lambret. Gastro-entérostomie et cancer gastrique. (*Bull. méd.*, 10 oct.) — Socin. Vaste résection de l'estomac avec occlusion de son orifice et du duodenum et gastrojejunostomie pour cancer. Absence de récidive au bout de 14 mois. (*Corresp.-Blätt. f. schweiz. Aerzte*, p. 306, 15 mai.) — Julliard. Cancer de l'estomac, résection avec pylorectomie. (*Rev. méd. Suisse romande*, mai.) — Doyen. Chirurgie de l'estomac et de l'intestin. (*Cong. de Moscou*, *Méd. mod.*, 4 sept.) — Seinatzky. Méthodes de gastro-entérostomie dans les rétrécissements pyloriques. (*Ibid.*) — Robson. La gastrostomie précoce. (*Practitioner*, sept.) — Coomes. Observation sur un cas de gastrostomie. (*J. Amer. med. Ass.*, 21 août.) — Plauchu. Gastro-entérostomie dans deux cas d'obstruction pylorique. (*Lyon méd.*, 3 oct.) — Hirsch. Sténose pylorique par tumeur non cancéreuse, gastro-entérostomie, guérison. (*Berlin. klin. Woch.*, 9 nov.)

Exanthèmes. — Gampert. Éruption ortiée récidivante par attouchement de la primula obconica. (*Rev. méd. Suisse rom.*, mai.) — Picot. Œdème dû à l'attouchement du rhus toxicodendron. (*Ibid.*) — Ehrmann. Les érythèmes localisés en général et ceux de l'antipyrine en particulier. (*Wiener med. Woch.*, 11 sept.) — Brocq. Les épythrodermies pityriasiques en plaques disséminées. (*J. des Praticiens*, 11 sept.) — Fisichella. Dermatite mercurielle suivie de mort. (*Riforma med.*, 14 août.)

F

Face. — Bordier et Frenkel. Sur un nouveau phénomène observé dans la paralysie faciale périphérique et sur sa valeur pronostique, déviation de l'œil au moment de l'occlusion des paupières. (*Semaine méd.*, 8 sept.) — Weber. Sur l'abaissement de la base de la langue dans la paralysie faciale. (*Münch. med. Woch.*, 22 juin.)

Ferment. — Camus et Gley. Action du sérum sanguin et des solutions de propeptone sur quelques ferments digestifs. (*Arch. de phys.*, IX, p. 764.) — Camus et Gley. Influence de la température et de la solution sur l'activité de la présure. (*Ibid.*, IX, p. 810.) — Fermi. Sur la prétendue toxicité des enzymes. (*Lo sperimentale*, L, p. 354.) — Gilkinet. Sur le sort des levures dans l'organisme. (*Arch. de méd. expér.*, IX, p. 881.) — Bertrand. Les oxydases ou ferments solubles oxydants. (*Rev. scientif.*, 17 juill.) — Locke. Influence des peptones sur la coagulation da lait. (*J. of exp. med.*, II, p. 493.) — Warren. Présence de la pexine dans la muqueuse stomacale des vertébrés. (*Ibid.*, p. 475.) — Latimer et Warren. Présence du ferment

amylolytique et ses zymogènes dans les glandes salivaires. (*Ibid.*, p. 465.)

Fièvre. — Shaw. Fièvre thermique et prostrations par chaleur. (*Med. News*, 21 août.) — Holmes. La fièvre traumatique. (*J. Amer. med. Ass.*, 9 oct.) — Ivanoff. De la phagocytose dans la fièvre à rechutes. (*Cent. f. Bakt.*, XXII, p. 117.) — Lœwenthal. Séro-pronostic de la fièvre récurrente pendant l'apyrexie. (*Deut. med. Woch.*, 16 sept.)

Fièvre jaune. — Sanarelli. Etiologie et pathologie de la fièvre jaune 2e mém. (*Ann. Inst. Pasteur*, XI, p. 673.) — Sternberg. Le bacille ictéroïde de Sanarelli. (*Amer. J. of med. sc.*, sept.) — Freire. Sur la fièvre jaune. (*Acad. des sc.*, 26 oct.)

Fistule. — V. Hacker. Extirpation des fistules cervicales latérales complètes avec ablation des brides supérieures de la cavité buccale. (*Cent. f. Chir.*, 16 oct.) — Freund. Opération des fistules vésico ou recto-vaginales avec atrésie du col utérin. (*Berl. klin. Woch.*, 9 nov. 1896.) — Legueu. Des fistules recto-périnéales. (*Rev. de gyn.*, sept.)

Foie. — Brachet. Sur le développement du foie et sur le pancréas de l'ammocœtes. (*Anat. Anzeiger*, XIII, p. 621.) — Mairet et Vires. Action physiologique de l'extrait de foie sur l'homme sain. (*Arch. de phys.*, IX, p. 783.) — Paton. De la glycogenèse hépatique. (*J. of phys.*, XXII, p. 121.) — Waring. Maladies du foie et des voies biliaires. (*New York.*) — Ferrannini. Recherches séméiologiques sur l'insuffisance hépatique. (*Riforma med.*, 18 sept.) — Rovighi. Des hépatites par auto-intoxication intestinale. (*Morgagni*, oct.) — Klippel. Délire et auto-intoxication hépatique. (*J. de méd. Paris*, 10 oct.) — Cassoute. Un cas d'hémoptysie au cours d'une colique hépatique. (*Bull. méd.*, 1er sept.) — Leick. 3 cas d'ictère infectieux sans fièvre. (*Deut. med. Woch.*, 28 oct.) — Moder. Les voies biliaires dans la cirrhose du foie. (*Thèse de Berlin.*) — Ribas y Perdigo. Formes cliniques de la cirrhose. (*Cong. de Moscou, Méd. mod.*, 1 sept.) — Carmono y Valle. De l'hépatite intercellulaire. (*Ibid.*) — Sicard et Remlinger. Attitude spéciale du corps au cours de la cirrhose hypertrophique biliaire. (*Rev. de méd.*, sept.) — Calabrese. Recherches sur les échanges matériels dans la cirrhose vulgaire du foie. (*Morgagni*, août.) — Gilbert et Surmont. Les formes cliniques des cirrhoses du foie. (*Presse méd.*, 25 août.) — Lœb. Un cas de cirrhose hypertrophique du foie à terminaison mortelle rapide. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LVIII, p. 475.) — Freund. De la terminaison en cirrhose de l'atrophie jaune aiguë du foie. (*Thèse de Fribourg.*) — Pennato. Cancro-cirrhose du foie. (*Riforma med.*, 6 mai.) — Howard et Hoover. De l'abcès tropical du foie. (*Amer. j. of med. sc.*, sept.) — Soave. Observations sur un cas de grand abcès hépatique de nos régions, particulièrement en ce qui concerne ses facteurs étiologiques. (*Riforma med.*, 16 oct.) — Picqué. Sur un cas intéressant d'abcès du foie. (*J. des Praticiens*, 8 oct.) — Rebreyend. Sur un cas de récidive à longue échéance d'un abcès du foie. (*Arch. gén. de méd.*, avril,) — Bataille. Kyste suppuré du foie incisé. (*Normandie méd.*, 1er sept.) — Johnston. Chirurgie des abcès hépatiques. (*Ann. of surg.*, oct.) — Glénard. Palpation du foie. Discussion des signes objectifs du foie mobile d'après les quatre-vingts opérations publiées. (*Rev. mal. de la nutrition.*, oct.) — Manega. Blessure du foie. Suture; guérison. (*Riforma med.*, 4 mai.) — Kerr et Ford. Un cas de plaie pénétrante du foie. (*Med. News*, 14 août.) De Bary. De la guérison des plaies du foie. (*Thèse de Fribourg.*) — Moore. Rupture du foie, opération, guérison. (*Lancet*, 18 sept.) — Kummer. Un cas

de cholécystotomie extra-péritonéale avec marsupialisation préalable du hile du foie. (*Rev. méd. Suisse romande*, mai.) — GROHE. Des tumeurs du foie. (*Thèse de Munich.*) — KAHLDEN. Du sarcome primitif du foie. (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, XXI, p. 264.) — SOKOLOW. Adénomes du foie et polyadénomes biliaires. (*Arch. russes de pathol.*, juill.) — TONNEL et RAVIART. Carcinome primitif du foie à marche suraiguë chez un vieillard : carcinome secondaire de l'encéphale. (*Bull. soc. de méd. du Nord,* 23 juill.) BAUDOUIN. La chirurgie du canal hépatique. (*Progrès méd.*, 25 sept.)

Fracture. — RANSOHOFF. Traitement des fractures sous-cutanées irréductibles. (*Amer. j. of med. sc.*, oct.) — MC ARDLE. Les fractures par armes à feu et leur traitement. (*Dublin jour.*, 1 sept.) — JOHNSTONE. Fracture de la clavicule en deux points par violence indirecte. (*Quaterly med. j.*, oct.) — LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Traitement des fractures de la clavicule par le massage. (*Bull. de l'Acad. de méd.,* 6 avril.) — HEUSNER. De la suture sous-cutanée des fractures de la rotule. (*Arch. f. klin. Chir.*, LV, p. 635.) — SHAFFER. Traitement mécanique des fractures non consolidées du col du fémur. (*N. York med. j.*, 23 oct.) — HOFFA. Fracture de la jambe d'origine intra utérine. (*Berl. klin. Woch.*, 1er mars.) — STEFFEN. Traitement des fractures des extrémités inférieures. (*Thèse de Gœttingue.*) — ESQUÉRIDO. Le traitement des fractures de l'extrémité inférieure. (*Cong. de Moscou, Méd. mod.*, 4 sept.) — ROBERTS. Etude clinique et expérimentale des fractures de l'extrémité inférieure du radius avec déplacement du fragment carpien à la face antérieure du poignet. (*Trans. Amer. surg. Assoc.*, XIV, p. 611.) — MOTY. Traitement des fractures de jambe par l'appareil Raoult-Deslongchamps modifié. (*Arch. de méd. mil.*, oct.) — VITRAC. Appareil ambulatoire dans un cas de fracture de jambe. (*J. méd. Bordeaux*, 26 sept.)

G

Gale. — WEYDEMANN. Un cas de sarcopte vulpis chez l'homme. (*Cent. f. Bakt.*, XXII, p. 442.) — DELAHOUSSE. Traitement de la gale par le baume du Pérou. (*Thèse de Lille.*)

Gangrène. — CZERNY. De la gangrène phéniquée. (*Münch. med. Woch.*, 20 avril.) — WUNDER. Un cas de gangrène des parties molles du thorax à la suite de la rougeole. (*Ibid.*, 18 mai.) — MUNRO. De la gangrène symétrique avec névrose périphérique. (*Brit. med. j.*, 11 sept.) — WEEKS. Gangrène du pied due à un myome utérin. (*J. Amer. med. Ass.*, 9 oct.)

Génitaux. — KEIBEL. Développement du système urogénital chez l'homme. (*Arch. f. Anat.*, heft 3 et 4, p. 201.) — NICOLET. Ligature des veines dorsales de la verge pour érections. (*Rev. médic. Suisse romande*, mai.) — MURRAY. Ligature de la veine dorsale du pénis pour impotence fonctionnelle. (*J. Amer, med. Ass.*, 9 oct.) — ENGLISCH. Extirpation des glandes de Cowper. (*Cent. f. Krank. d. Harn.*, VIII, 7.) — MICHEL. Tumeur sébacée du sillon balano-préputial. (*J. méd. Bordeaux*, 29 août.) — GRIFFON et SÉGALL. Kyste du prépuce. (*Soc. anat. Paris*, 18 juin.) — FRANK. De la tuberculose

du pénis. (*Thèse de Strasbourg.*) — MENCIÈRE. Epithélioma de la verge. (*J. méd. Bordeaux*, 1er août.) — BLEISCH. Du cancer du pénis. (*Thèse de Greisfswald.*) — BINDER. Hématome des organes génitaux externes. (*Cent. f. Gyn.*, 28 août.) — LABUSQUIÈRE. Du kraurosis de la vulve. (*Ann. de gyn.*, sept.) — KARAJAN. Tuberculose primitive de la vulve avec élephantiasis du clitoris. (*Wien. klin. Woch.*, 21 oct.)

Glaucome. — HOFFMANN. Traitement du glaucome. (*Klin. Mon. f. Aug.*, août.) — DIANOUX. Avantages d'une iridectomie partielle dans le traitement du glaucome chronique. (*Bull. Acad. de méd.*, 13 avril.) — CHIBRET. La ponction scléro-cyclo-irienne dans le traitement du glaucome. (*Ann. d'ocul.*, sept.)

Goutte. — DITTEL. Des dépôts uratiques de la plante des pieds, développement, traitement. (*Berl. klin. Woch.*, 26 avril.) — FUTCHER. Relation des corps alloxuriques avec la goutte ou avec la diathèse urique. (*J. Amer. med. Ass.*, 31 juil.) — DAVIS. Les relations cardio-vasculaires et rénales et les manifestations de la goutte. (*Ibid.*, 7 août.) — STOCKTON. Les relations gastro-intestinales et hépatiques de la goutte. (*Ibid.*, 31 juill.) — OLIVER. Les manifestations oculaires de la goutte. (*Ibid.*) — WOOD. Le traitement de la goutte. (*Ibid.*) — GELLÉ. Des affections auriculaires chez les goutteux. (*Arch. int. de lar.*, X, p. 568.) — WECK. Cystite du col avec orchite double et conjonctivite de nature goutteuse. (*Rev. médic. Suisse romande*, fév.).

Greffe. — KRONACHER. Reconstitution par de l'os de veau d'une perte de substance de la 1re phalange de l'index droit. (*Münch. med. Woch.*, p. 416, 20 avril.) — ENDERLEN. Présence de fibres élastiques dans les greffes cutanées. (*Arch. f. klin. Chir.*, LV, p. 764.) — RECLUS. Greffe italienne et greffe de Thiersch. (*J. des Praticiens*, 26 juin.) — LANARTIC. Etiologie de la grippe humaine et chevaline (*Dauphiné méd.*, sept.) — GRESSVELL. L'influenza. (*Lancet*, 18 sept.) — ALLYN. Névrite multiple consécutive à l'influenza. (*J. Amer. med. Ass.*, 24 juil.) — FREUDENTHAL. Traitement abortif de la grippe par le calomel. (*Therap. Mon.*, oct.) — BRESLER. Kryophine dans la grippe. (*Ibid.*) — CANTANI. Essais d'immunisation contre l'influenza. (*Semaine méd.*, 30 oct.)

Grossesse. — PINARD, LEOPOLD. De l'exploration externe. (*Cong. de Moscou Presse méd.*, 11 sept.) — REMY. Diagnostic de la grossesse masquée. (*Revue méd. de l'Est*, 15 août.) — MEYER. Mouvements spéciaux du fœtus dans l'utérus. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 15 nov. 1896.) — WEBSTER. Modifications de la muqueuse utérine dans la grossesse. (*Amer. gyn. J.*, août.) — DOUTY. Grossesse et lésions rénales. (*Ibid.*) — JEPSON. Grossesse et fibromes multiples. (*Ibid.*) — WRIGHT. Toxémie de la grossesse. (*Amer. J. of obst.*, oct.) — LIXIA. La fonction du rein gravidique en ce qui concerne l'élimination de l'urée. (*Riforma med.*, 22 oct.) — BOISSARD. De quelques médicaments qu'il ne faut pas prescrire pendant la grossesse. (*J. des Praticiens*, 28 août.) — DORSETT. L'administration du phosphate de strychnine dans la grossesse. (*Amer. J. of obst.*, oct.) — Discussion sur les vomissements de la grossesse. (*Brit. med. J.*, 28 oct.) — CIOJA. Endométrite et grossesse. (*Gaz. d. Osped.*, 5 sept.) — REMY. Accidents gravido-cardiaques. (*Revue méd. de l'Est*, 1er mai.) — H. MEYER. Un cas d'œdème aigu du col dans la grossesse. (*Cent. f. Gyn.*, 4 sept.) — BAKETEL. Grossesse prolongée et ossification prématurée du crâne, dystocie. (*Med. Record*, 31 juillet.) — NEWMAN. Deux cas de grossesse après ventrofixation de l'utérus. (*N. York med. J.*, 14 août.) — VINAY. Thrombus de la vulve au 6e mois de la grossesse, incision, guérison. (*Lyon méd.*, 26 sept.) — AUDEBERT. Une complication rare de la réflexion et l'utérus gravide, hydro-sialorrée guérie par la réduction. (*Presse

méd., 28 sept.) — Burrage. Un cas d'ovariotomie au cours de la grossesse. (*Boston med. j.*, 29 juil.) — Kingman. Un cas d'ovariotomie double au cours de la grossesse. (*Ibid.*) — Boissard. Du fœtus mort pendant la grossesse et de sa rétention dans la cavité utérine. (*Sem. méd.*, 15 sept.) — Audebert. Disparition subite d'un œdème considérable des membres inférieurs chez une femme enceinte, à la suite de la mort *in utero* du fœtus. (*J. méd. Bordeaux*, 1er août.) — Pujol. Un cas de grossesse dans un utérus fibromateux ; mort de la mère après expulsion spontanée à terme d'un enfant mort. (*Marseille méd.*, 15 mai.) — Halfter. Myomes utérins et grossesse. (*Thèse de Greifswald.*) — Martin. Extirpation par cœliotomie d'un utérus fibromateux au 3e mois de la grossesse. Guérison. (*Berlin. klin. Woch.*, 31 mai.) — Mackenrodt. Ablation pendant la grossesse de 3 fibromes de la partie postérieure du col et du corps de l'utérus; pas d'avortement consécutif. (*Ibid.*) — Boimard. Rétroversion de la matrice au quatrième mois de la gestation ; accidents urémiques, guérison. (*Rev. méd. Suisse romande*, mars.) — Neugebauer Quelques cas de plaie par coup de feu de l'utérus gravide. (*Münch. med. Woch.*, 11 mai.) — Kaussmann. Du cancer de l'utérus dans la grossesse. (*Thèse de Berlin.*) — Smoler. Un cas de grossesse dans une corne utérine rudimentaire. (*Prager med. Woch.*, 5 août.) — Vitrac. Hématocèle rétro-utérine et grossesse extra-utérine. (*J. méd. Bordeaux*, 25 juillet.) — Giles. Deux cas rares de grossesse extra-utérine, un amenant de l'occlusion intestinale chronique, l'autre simulant une rétroversion de l'utérus gravide. (*Trans. obst. Soc. London*, XXXIX, p. 232.) — Spoerlin. Grossesse extra-utérine au 8e mois, enfant vivant. (*Cent. f. Gyn.*, 23 oct.) — Kokmann. Grossesse tubaire récidive avec grossesse normale et accouchement entre la 1re et la 2e grossesse extra-utérine. (*Ibid.*, 9 oct.) — Erdmann. Grossesse tubaire rupture. (*N. York med. J.*, 9 oct.) — Tuffier. Grossesse extra-utérine simulant une hydropisie de la vésicule biliaire. (*Bull. méd.*, 9 juin.) — Duehrssen. Etiologie de la grossesse tubaire, son traitement chirurgical, en particulier la céliotomie vaginale. (*Arch. f. Gyn.*, LIV, p. 207.)

Gynécologie. — Eastman. La gynécologie à Berlin. (*J. Amer. med. Ass.*, 9 oct.) — Doyen. Technique chirurgicale ; opérations gynécologiques (in-8° 611 p., *Paris.*) — Chlapobergski. Emploi gynécologique du chlorure de zinc. (*Vratch*, 11 sept.)

H

Helminthiase. — Battistini et Micheli. Des échanges nutritifs dans l'anémie par anchylostome. (*Settim. med.*, 17 juillet.) — Muller de la Fuente. Diagnostic de l'ascaride lombricoïde. (*Münch. med. Woch.*, 6 juill.) — Vermesch. Migration curieuse d'un ascaride lombricoïde, abcès vermineux de l'ombilic. (*Echo méd. Nord*, 17 oct.) — De Pieri. Helminthiase à marche typhique. (*Riv. venet. sc. med.*, 15 oct.) — Marie. Sur un cas de typholombricose. (*J. des pratic.*, 6 nov.) — Dunkel. Abcès du foie par lombric. (*Thèse de Greifswald.*) — Gobry. De la ladrerie chez l'homme. (*Thèse de Paris.*) — Brown. Etudes sur la trichinose. (*Bull. J. Hopkins hosp.*, VIII, n° 73.) — Thayer. Accroissement des cellules éosinophiles dans le sang dans les cas de trichinose. (*Lancet*, 25 sept.) — Monnier. Cysticerque du

front simulant une loupe. (*Soc. anat. Paris*, 25 juin.) — STAMM. Un cas de cysticerque du 4e ventricule. (*Thèse de Gœttingue.*) — KAHLDEN. Des processus de prolifération de l'épithélium épendymaire en présence de cysticerques. (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, XXI, p. 297.) — MENNICKE. Sur deux cas de cysticerque ramifié du cerveau. (*Ibid.*, XXI, p. 243.) — ESPRIT. Tumeur du scrotum déterminée par des embryons du ver de Guinée. (*Dauphiné méd.*, sept.) — BLANCHARD. Pseudo-parasitisme d'un Gordius (Gordius tricuspidatus) chez l'homme. (*Bull. Acad. de méd.*, 18 mai.) — SANDWITH. Thymol comme vermifuge. (*Lancet*, 11 sept.)

Hémoglobinurie. — SABRAZÈS et CABANNES. Physiologie pathologique de l'accès d'hémoglobinurie paroxystique à frigore. (*Soc. de biol.*, 30 oct., et *Méd. mod.*, 6 nov.) — LAYRAL. Pathogénie de l'hémoglobinurie paroxystique. (*Loire méd.*, 15 oct.) — TRUMPP. Deux cas d'hémoglobinurie paroxystique chez des frères et sœurs. (*Münch. med. Woch.*, p. 472, 4 mai.) — FANNELE. Sur 4 cas d'hémoglobinurie. (*Gaz. d. Osped.*, 3 oct.) — FRASER. De l'hémoglobinurie paroxystique. (*Edinb. med. j.*, oct.) — SCHNITTERT. Expériences sur un cas d'hémoglobinurie paroxystique chez un syphilitique. (*Berlin. klin. Woch.*, 22 mars.) — ROBIN. Traitement de l'hémoglobinurie. (*Bull. gén. de thérap.*, 15 sept.)

Hémorragie. — WIECHEIL. Etiologie de la diathèse hémorragique, ses rapports avec la tuberculose pulmonaire. (*Thèse de Greifswald.*) — FUSSELL. 2 cas d'hémophilie. (*Brit. med. j.*, 30 oct.) — SHAW. Un cas d'hémophilie. (*Glasgow med. j.*, oct.) — HOWE. Disposition hémorragique chez un sujet non hémophile. (*Medicine*, sept.) — EWART. Hémoptysie persistante chez un phtisique arrêtée par la saignée. (*Lancet*, 28 août.) — MUEHL-KUHNER. Un cas d'hémorragie alvéolaire suivie de mort. (*Münch. med. Woch.*, 3 août.) — GUNDRUM. Le senecio aureus comme hémostatique dans les hémorragies capillaires. (*Therap. Gaz.*, 15 oct.) — GREENE. Remarques sur les hémorragies puerpérales secondaires. (*Boston med. Journ.*, 12 août.) — AUDEBERT. Traitement de l'hémorragie due aux déchirures du col. (*J. méd. Bordeaux*, 19 sept.)

Hémorroïdes. — REINBACH. Des hémorroïdes. (*Beit. z. klin. Chir.*, XIX, p. 1.) — ANÉ. De la cure radicale des hémorroïdes. (*Thèse de Paris.*) — LACCETTI. La ligature dans le traitement radical des tumeurs hémorroïdaires. (*Riforma med.*, 25 sept.)

Hérédité. — DEBIERRE. L'hérédité normale et physiologique. (*L'Œuvre méd. chir.*, n° 4.) — TISSIÉ. L'hérédité des tendances et la fatigue avant la naissance. (*Rev. scient.*, 3 juill.) — SHUTE. Hérédité avec variations. (*N.-York med. j.*, 11 sept.) — KIERNAN. Transformation de l'hérédité. (*Medicine*, sept.)

Hernie. — TUBBY. Quelques formes rares de hernie. (*Brit. med. j.*, 9 oct.) — LAMBRET. Contusion herniaire et rupture intestinale. (*Bull. Soc. centrale Méd. du Nord*, 28 mai.) — VIRES. Du pincement latéral de l'intestin dans les hernies. (*N. Montpellier méd.*, n° 3 (supp.), 1er mai.) — BONNET. Hernie diaphragmatique et cryptorchidie. (*Dauphiné méd.*, déc. 1896.) — CHAMBRELENT et PRINCETEAU. Sur un cas de hernie diaphragmatique congénitale. (*J. méd. Bordeaux*, 28 fév.) — FAULHABER. Des hernies diaphragmatiques traumatiques. (*Thèse de Munich.*) — J.-B. CATHOMAS. Deux cas de hernies épigastriques simulant des affections de l'estomac. (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte*, 15 mai.) — SCHMILINSKY. Epiplocèle épigastrique chez un syphili-

tique atteint d'emphysème, de double hernie crurale et de prolapsus anal. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 mai.) — Aschoff. Un cas de hernie rétro-cœcale étranglée. (*Ibid.*, 31 août 1896.) — Garrow. Hernies ventrale et ombilicale chez le même malade. (*Brit. med. j.*, 9 oct.) — Dejardin. Cure radicale de la hernie ombilicale. (*Ann. soc. belge chir.*, 15 juill.) — Eix. Ileus à la suite de hernie obturatrice étranglée, résection intestinale, guérison. (*Cent. f. Chir.*, 30 oct.) — Braquehaye. Hernie crurale avec lipome préherniaire chez un homme. (*J. méd. Bordeaux*, 17 oct.) — Brumer. Un cas de hernie du canal inguinal étranglée. (*Cent. f. Chir.*, 28 août.) — Bates. Hernie inguinale avec la vessie dans les parois du sac. (*Lancet*, 9 oct.) — Swiff. Nouveau procédé pour la cure de la hernie inguinale. (*N.-York med. j.*, 23 oct.) — De Garmo. 250 cures radicales de hernies inguinales d'après la méthode de Bassini, sans mort. (*J. Amer. med. Ass.*, 2 oct.) — Haward. De la hernie irréductible. (*Med. chir. Trans.*, LXXX, p. 389.) — Stahl. De la réduction en bloc des hernies. (*Thèse de Gœttingue.*) — Dransart. Les déchirures du mésentère dans les hernies étranglées. (*Echo méd. Nord*, 12 sept.) — Moynihan. Hernie étranglée chez un enfant de 22 jours. (*Lancet*, 25 sept.) — Heaton. 2 cas de hernie étranglée, persistance des symptômes après réduction par le taxis, kélotomie, guérison. (*Brit. med. j.*, 25 sept.) — Zamazal, Schnitzler. Des hémorragies intestinales consécutives à la kélotomie. (*Wien. med. Woch.*, 21 août et 18 sept.) — Bœckel. Sur une complication éloignée de la cure radicale des hernies, épiploïte. (*Rev. de gyn.*, I, p. 479.) — Kannegiesser. L'opération de Bassini pour la hernie. (*Thèse de Kiel.*) — Fessler. De la cure radicale des hernies. (*Münch. med. Woch.*, 20 juill.) — Gelpke. Traitement des hernies gangreneuses par le bouton de Murphy ou par invagination et suture. (*Corresp. Blatt. schweiz. Aerzte*, 1er mai.) — Rieppi. Contribution au traitement de la hernie gangrenée par l'entérectomie et l'application du bouton de Murphy. (*Riforma med.*, 3 mai.) — Waring. Traitement de la hernie gangrenée par la résection et la réunion immédiate de l'intestin, 2 cas. (*Edinb. med. j.*, sept.)

Herpès. — Braune. Fièvre herpétique. (*Thèse de Leipzig.*) — Le Fur. Herpès génital compliqué d'herpès urétral et d'urétrite herpétique. (*Ann. mal. org. gén. ur.*, oct.) — Westphal. Un cas de tabes avec herpès zoster. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 mai.)

Histologie. — Ernst. Etudes sur la kératinisation pathologique à l'aide de la méthode de Gram. (*Ziegler's Beiträge z. pathol. Anat.*, XXI, p. 438.) — Pollacci. Le Sudan III comme réactif histochimique des graisses. (*Riforma med.*, 10 mai.) — Pianese. Sur une méthode de fixation des éléments nerveux et l'emploi des sels de cobalt comme fixateurs. (*Ibid.*, 14 mai.) — Mallory. Améliorations de la technique histologique. (*J. of exp. med.*, II, p. 529.)

Hydatide. — Vitrac. Kystes hydatiques du corps thyroïde. (*Rev. de chir.*, sept.) — Chavier. Kyste kydatique du corps thyroïde. (*Gaz. des hôp.*, 19 oct.) — Géraud et Remlinger. Sur le diagnostic des kystes hydatiques du poumon. (*Bull. méd.*, 8 sept.) — Clerc. Kyste hydatique à évolution pulmonaire, tuberculose de l'autre poumon. (*Soc. anat. Paris*, 25 juin.) — Burton. Kyste hydatique de la vésicule biliaire. (*Ann. of surg.*, oct.) — Tuetzscher. Des échinocoques du foie. (*Thèse de Greifswald.*) — Bruns. Résection du foie dans un cas de kyste hydatique multiloculaire. (*Berlin. klin. Woch.*, 12 oct. 1896.) — Reichold. Un cas d'ileus causé par un échinocoque du foie. (*Münch. med. Woch.*, 27 avril.) — Chavannaz. Kyste hydatique de la paroi abdominale. (*J. méd. Bordeaux*, 8 août.) — Pro-

CHOWNIK. Hydatides multiples du péritoine simulant des myomes à marche lente. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 217, 8 mars.)

Hygiène.— BIGGS. La médecine préventive à New-York. (*Med. News*, 11 sept.) — Statistique sanitaire des villes de France et d'Algérie en 1894. (In-4°, 140 p., *Melun.*) — CAMOUS. Hygiène urbaine. (*Thèse de Paris.*) — DUCKWORTH. Valeur de l'exercice pour contrebalancer les mauvais effets de l'état sédentaire des populations urbaines. (*Amer. j. of med. sc.*, oct.) — IRWELL. La détérioration de la race, l'accroissement des suicides. (*Med. News*, 2 oct.) — NETTER. L'isolement dans les maladies transmissibles. (*Semaine méd.*, 6 oct.) — BOSC. Des bases de la prophylaxie sur les mesures d'hygiène publique contre les maladies infectieuses et en particulier de la préservation individuelle au moyen d'inoculation de virus, de toxines, de sérums. (*N. Montpellier méd.*, 7 août.) — ROHWEDDER. Les conditions hygiéniques des ouvriers qui ont creusé le canal de la Baltique à la mer du Nord. (*Deut. Viert. f. œff. Gesund.*, XXVIII, p. 577.) — Mme WINOGRADOW. Quels sont les exercices physiques qu'il faut introduire dans les écoles des filles? (*Cong. de Moscou, Méd. mod.*, 4 sept.) — MENNELIN. Sur la vélocipédie. (*Ibid.*) — ROUSSKICH. Lutte contre la mortalité des enfants. (*Ibid.*) — FAUQUEZ. La bicyclette au point de vue de la femme. (*Rev. méd. chir. mal. des femmes*, 25 avril.) — MILLS. L'usage et l'abus de la bicyclette. (*J. Amer. med. Ass.*, 7 août.) — ROBERY. De la ventilation des logements d'ouvriers. (*Deut. Viert. f. œff. Gesund.*, XXIX, p. 241.) — HOLST. Historique de la question de la prostitution en Norvège. (*Ibid.*, p. 285.) — KAMNIEFF. Règlements d'administration contre la prostitution et les décisions du Congrès des syphiligraphes. (*Vratch*, 2 oct.) — WEYL. Les voiries d'immondices au point de vue hygiénique. (*Viert. f. gerich. Med.*, avril.) — CADISH. La combustion des immondices. (*Revue scientif.*, 7 août.) — H. GRIMM et C. von BUELTZINGLÖWEN. Du pouvoir conducteur du calorique des étoffes servant à l'habillement militaire. (*Arch. f. Hyg.*, XXVII.) — BENDERSKI. Sur les vêtements de la femme et sur leur influence sur la position de l'estomac. (*Vratch*, 4 sept.) — WHITMAN. Remarques sur les chaussures. (*Med. News*, 14 août.) — VERGUES. De certaines lésions produites par l'abus de la chaufferette et siégeant à la partie interne des cuisses. (*Arch. de méd. nav.*, oct.) — VIEILLE, BRUNEL, SCHUTZENBERGER. Rapport sur une fabrique de gaz acétylène non comprimé pour l'usage particulier. (*Cons. salub. Seine*, III, p. 95 et suiv.) — TROOST. Rapport sur une fabrique de carbure de calcium. (*Ibid.*, p. 88.) — VOISIN. Rapport sur le fonctionnement des postes de secours établis pendant les jours gras. (*Ibid.*, p. 101.) — VOISIN. Rapport sur le fonctionnement des postes-vigies pour premiers secours en 1896. (*Ibid.*, p. 102.) — BUNEL. Rapport sur un atelier de déchiquetage de liège. (*Ibid.*, p. 92.) — Michel LÉVY. Rapport sur l'agrandissement du cimetière de Sceaux. (*Ibid.*, p. 84.) — BROUSSE. Rapport sur une fabrique d'acide azotique. (*Ibid.*, 30 avril.) — HUMBLOT. Rapport sur une prise d'eau en Marne. (*Ibid.*) — PLANCHON. Rapport sur la coloration des cachets azymes pharmaceutiques. (*Ibid.*) — VALLIN. Rapport sur une agglomération insalubre de forains dans un terrain près du cours de Vincennes. (*Ibid.*, 9 avril.) — LE MÊME. Rapport sur une agglomération de forains dans le XVIIIe arrondissement. (*Ibid.*, 30 avril.) — VOISIN. Rapport sur les postes de secours pendant la journée de la Mi-Carême. (*Ibid.*, 9 avril.)

Hypnotisme. — BERNHEIM. L'hypnotisme et la suggestion dans leurs rapports avec la médecine légale. (*Bull. méd.*, 25 août, et broch. *Nancy.*) — LAMACQ. A propos de quelques cas de narcolepsie. (*Rev. de méd.*, sept.) —

Tokarsky. De l'application de l'hypnotisme au traitement des maladies mentales. (*Méd. mod.*, 1er sept.)

Hystérie. — Mlle Abricossoff. L'hystérie au xviie et xviiie siècles. (*Thèse de Paris.*) — Terrien. Hystérie infantile en Vendée. (*Arch. de neurol.*, oct.) — Joffroy. Hystérie infantile et suggestion hypnotique. (*J. méd. Paris*, 29 août.) — Aimé et Thiry. Hystérie dans une famille d'épileptiques. (*Bull. méd.*, 12 sept.) — Vigouroux. Obsession et impulsion pyromaniaques chez une dégénérée hystérique. (*Ann. méd. psychol.*, sept.) — Coolidge. Dysphagie hystérique. (*N.-York med. j.*, 28 août.) — Bastian. Du mutisme hystérique et des autres troubles fonctionnels de la parole. (*Lancet*, 25 sept.) — Prota. Surdité avec aphonie hystérique, (*Riv. clin. e terap.*, juin.) — Blumenau. Paralysie d'origine hystérique du grand dentelé. (*Rev. de psychol. en russe*, sept.) — Janet. Contracture hystérique systématisée chez une extatique. (*Münch. med. Woch.*, 3 août.) — Vedeler. Dysménorrée hystérique. (*Arch. f. Gyn.*, LIV, p. 324.) — Bollay. Des automutilations chez les hystériques. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 1er mars.) — Sokolowski. Idem. (*Ibid.*, 1er avril.) — Houssay. Des spasmes rythmiques respiratoires, aboiement et hoquet hystériques. (*J. de méd. et chir. prat.*, 25 juill.) — Moutard-Martin et Bacaloglu. Les œdèmes névropathiques et main succulente dans l'hémiplégie hystérique. (*Soc. méd. des hôp.*, 9 juill.) — Carrière et Rainguet. Coxalgie hystérique. (*J. méd. Bordeaux*, 15 août.) — Angelucci et Pieraccini. De l'opportunité et de l'efficacité du traitement chirurgical gynécologique dans la névrose hystérique, enquête internationale. (In-8°, *Reggio-Emilia.*)

I-K

Ichtyose. — Robin. L'ichtyose. (*Thèse de Paris.*) — Claus. Ichtyose congénitale. (*Thèse de Berlin.*) — Ginglinger. Des localisations anormales de l'ichtyose. (*Thèse de Strasbourg.*) — Don. Action de l'extrait thyroïdien dans l'ichtyose. (*Brit. med. j.*, 6 nov.)

Impetigo. — Balzer et Griffon. Le streptocoque, agent pathogène constant de l'impetigo et de l'ecthyma. (*Soc. de biol.*, 23 oct.) — Jamieson. Un cas rare d'impetigo herpétiforme. (*Atlas int. mal. peau*, n° 13.)

Inanition. — Lugaro et Chiozzi. Altération des éléments nerveux dans l'inanition. (*Riv. di patol. nerv.*, II, p. 394) — F. Folli. Marasme infantile par athrepsie ou d'autres causes en rapport avec la mort par inanition. (*Riforma med.*, 9 sept.)

Infection. — Melnikow-Raswedenkow. Le rôle de la rate dans les maladies infectieuses. (*Zeit. f. Hyg.*, XXI.) — Calmette. Du rôle des toxines dans les infections. (*Bull. méd.* 19 sept.) — Cheinisse. Influence de l'apyrexie artificielle sur l'évolution des maladies infectieuses. (*Arch. russes de pathol.*, juillet.) — Thompson. Autointoxication (*N.-York med. j.*, 4 sept.) — Tirelli. Autointoxications secondaires à l'action des caustiques et de la chaleur. (*Riforma med.*, 13 sept.) — Roger. Sur le rôle protecteur du

poumon contre l'infection streptococcique (*Soc. de biol.* 23 oct.) — Barker. Symptômes cliniques, bactériologiques et anatomopathologiques dans les cas d'infection par le bacillus pyocyaneus. (*J. Amer. med. Ass.*, 31 juill.) — Park. De la susceptibilité et de l'immunité pour l'infection chirurgicale. (*Trans. Amer. surg. Assoc.*, XIV, p. 270.) — Karlinksi. De l'infection des plaies par les lambeaux déchirés de vêtements. (*Cent. f. Bakt.*, XXII, p. 310.) — Noetzel. De l'infection des plaies granuleuses. (*Arch. f. klin. Chir.*, LV, p. 543.) — Halban. Résorption des bactéries dans l'infection locale. (*Ibid.* p. 549.)

Inflammation. — Exsudation fibrineuse et dégénérescence fibrineuse. (*Berl. klin. Woch.*, 8 mars.) — Metchnikoff. Sur l'état actuel de la question de l'inflammation. (*Arch. russes de pathol.*, juillet.)

Injection. — Quinton. Injections intra veineuses d'eau de mer substituées aux injections de sérum artificiel. (*Soc. de biol.*, 9 oct.) — Depage. De l'emploi des injections d'eau salée en chirurgie. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 juillet.) — Jullien. Quelques mots sur les injections mercurielles. (*Rev. intern. de thérap.*, 16 oct.) — Fornaca et Micheli. Sur les injections intra veineuses de fer. (*Giorn. Acad. med. Torino*, juin.) — Serono. Sur les injections de lécithine chez l'homme et les animaux. (*Arch. ital. de biol.*, XXVII, p. 349.)

Insolation. — Kinnear. Le coup de chaleur. (*Med. Record*, 21 août.) — Weaver. Le traitement rationnel du coup de chaleur. (*J. Amer. med. Ass.*, 25 sept.)

Intestin. — Kern. Du diverticule de Meckel. (*Beit. z. klin. Chir.*, XIX, p. 353.) — A. Hanau. Remarques sur la communication de Hansemann au sujet des diverticules faux de l'intestin. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXLV, 1.) — Courtade et Guyon. Influence motrice du grand sympathique et du nerf érecteur sacré sur le gros intestin. (*Arch. de phys.*, IX, p. 880.) — Baldi. Valeur de Na Cl sur l'absorption intestinale des peptones. (*Arch. ital. de biol.*, XXVII, p. 394.) — Werder. Contractions intestinales toniques et spasmodiques. (*Ann. of gyn.*, oct.) — Albu. Alimentation et putréfaction intestinales. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 390, 3 mai.) — Grasselli et Tavecchi. De la putréfaction intestinale. (*Gaz. d. Osped.*, 19 sept.) — Cioffi. Cardiopathie toxique d'origine gastro-intestinale. (*Ibid.*, 20 août.) — Stone. L'entéroptose, facteur clinique dans les maladies des femmes. (*Boston med. Jour.*, 30 sept.) — Dole. Entéroptose. (*Ibid.*) — Hobbs. Fibres musculaires dans les produits expulsés de l'entérite muco-membraneuse. (*J. méd. Bordeaux*, 10 oct.) — Pautser. Colite membraneuse et affections pelviennes chez la femme. (*Ann. of gyn.*, sept.) — Ausset et Chrétien. Entérite chronique avec énorme végétation polypiforme ulcérée ayant détruit la valvule de Bauhin. (*Rev. mal. de l'enf.*, sept.) — Delafield. Inflammation du côlon, traitement. (*Amer. j. of med. sc.*, oct.) — Krull. De l'ulcère du duodénum. (*Thèse de Munich.*) — Allen. L'inflammation chronique et l'ulcération du duodénum et les réflexes en résultant. (*J. Amer. med. Ass.*, 7 août.) — Saar. Etiologie de l'appendicite. (*Thèse de Berlin.*) — Discussion sur l'appendicite. (*Brit. med. j.*, 9 oct.) — Brothers. Quelques cas d'appendicite (*N.-York med. j.*, 2 oct.) — Hue. Calcul de l'appendice. (*Normandie méd.*, 1er sept.) — Vergely. Appendicite à marche anormale. (*J. méd. Bordeaux*, 1er août.) — Roux. Pérityphlite, tubercule du côlon ascendant. Résection et iléo-colostomie. (*Rev. méd. Suisse romande*, avril.) — F. de Quervain. Observation d'appendicite perforatrice ne se révélant que par des phéno-

mènes d'occlusion intestinale. (*Ibid.*, mai.) — MONTGOMERY. Un kyste de l'appendice vermiforme. (*J. Amer. med. Ass.*, 24 juillet.) — VERSTRAETE. Sur quelques cas d'appendicite. (*J. sc. méd. Lille*, sept.) — MACAIGNE. Oblitération totale de l'appendice consécutive à une série de crises d'appendicite. (*Soc. anat. Paris*, 18 juin.) — BURSAGLI. L'appendicite. (*Settimana med.* 1er mai.) — GREEN. Appendicite à symptômes anormaux. (*Lancet*, 16 oct.) — HERZOG. De la pérityphlite. (*Deut.-Zeit. f. Chir.*, XLVI, p. 114.) — PECK. 52 cas d'appendicite. (*Amer. j. of Obst.*, oct.) — RIOBLANC. Appendicite compliquée de septicémie et d'anus contre nature, entérorraphie, guérison. (*Gaz. des hôp.*, 6 nov.) — ALBESY. Typhlite, pérityphlite, Appendicite (nouveau style). (*Bull. gén. de thérap.*, 30 juillet.) — PICQUÉ. Sur un cas d'abcès appendiculaire simulant une occlusion intestinale. (*J. des Praticiens*, 14 août.) — BRETON et PLATER. Appendicite par perforation, infection coli-bacillaire simulant l'ictère grave (*Ibid.*, 26 juin.) — DEAVER. L'appendicite dans ses rapports avec les affections des annexes utérines et la grossesse. (*Med. News*, 16 oct.) — KRUEGER. Appendicite et ses rapports avec les organes génitaux chez la femme. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLV, p. 401.) — SMITH. Fréquence comparée de l'appendicite comme complication de la salpingite. (*Brit. med. j.*, 16 oct.) — CULIANU. Sur le traitement de l'appendicite (*Thèse de Paris.*) — KROGIUS. Traitement chirurgical de l'appendicite aiguë et chronique. (*Finska lakar Handlingar*, XXXIX, p. 1036.) — SCHULTEN. De l'extirpation de l'appendice, ses indications. (*Ibid.*, p. 799.) — BALLERAY. Dans le traitement de l'appendicite l'usage courant du bistouri est-il nécessaire ? (*Med. Record*, 14 août.) — GRINDA. De l'incision lombo-iliaque dans les appendicites suppurées. (*Cong. de Moscou, Gaz. des hôp.*, 7 sept.) — HOTCHKISS. Un cas rare de fistule intestinale (*N. York med. j.*, 2 oct.) — SONNENBURG. Du diagnostic différentiel des inflammations et tumeurs iléo-cœcales et des maladies des annexes droits. (*Deut. med. Woch.*, 30 sept.) — WITTE. Des rétrécissements tuberculeux de l'intestin. (*Thèse de Greifswald.*) — GESSNER. Laparotomie pour tuberculose intestinale. (*Berlin. klin. Woch.*, 27 juillet 1896.) — TUFFIER. Sur un cas de résection iléo-colique pour tuberculose. (*Rev. de gyn.*, I, p. 695.) — BALDWIN. Huit perforations intestinales par balle ; opération, guérison. (*Med. Record*, 28 août.) — LACHMAN. Des myomes et fibromes de l'intestin grêle (*Thèse de Breslau.*) — HEISIG. Un cas de fibrome polypeux de l'intestin. (*Thèse de Greifswald.*) — SHEPHERD. Ablation d'une énorme tumeur du mésentère et de 234 centimètres d'intestin. (*Brit. med. j.*, 9 oct.) — THOMSON. Rétrécissement de l'intestin, suite de hernie étranglée (*Ibid.*, 9 oct.) — LETULLE. Les greffes cancéreuses de l'intestin. (*Rev. de Gyn.*, I, p. 491.) — BOAS. La valeur du traumatisme dans le développement du cancer intestinal. (*Deut. med. Woch.*, 28 oct.) — VITRAC. Sarcome de l'intestin, entérorraphie circulaire. (*J. méd. Bordeaux*, 24 oct.) MAC GRAW. Notes sur la chirurgie du gros intestin. (*Trans. Amer. surg. — Assoc.*, XIV, p. 391). — DEROCQUE. De la réunion de l'intestin par la méthode des sutures après entérectomie. (*Presse méd.*, 6 oct.) — BURCI. Sur la soudure de la muqueuse intestinale rapprochée par la suture. (*Settimana med.*, 1er mai.) — KUETTNER. De l'anastomose intestinale par le procédé de Frey. (*Berl. klin. Woch.*, 12 oct. 1896.) — KUZMIK. Critique de la suture intestinale. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLV, p. 301.) — Martin GIL. Os décalcifiés pour l'anastomose intestinale. (*Lancet*, 28 août.) — MARWEDEL. Du bouton de Murphy. (*Arch. f. klin. Chir.*, LV, p. 386.) — JORDAN. Méthode rapide d'entérectomie. (*Lancet*, 30 oct.)

Iris. — POSEY. Malformations congénitales rares de l'iris. (*Arch. of opht.* XXVI, p. 350.) — FRENKEL. De l'inégalité pupillaire dans les maladies et chez les per-

sonnes saines. (*Presse méd.*, 18 sept. et *Rev. de méd.* oct.) — Mœli. Etat des réactions des pupilles dans la paralysie générale, l'alcoolisme, la syphilis, le tabes, etc. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 mai.) — Schapringer. Un cas de polycorie et de coloboma irien. (*N. Yorker med. Monats.*, 20 juin.) — Dufour. Tubercules de l'iris chez une fillette de 13 ans guérie d'une tuberculose du fémur. (*Rev. méd. Suisse romande*, avril.) — Denig. Inoculation dans l'iritis tuberculeuse. (*N. York med. j.* 9 oct.) — Webster. Prolapsus de la rétine, suite d'iridectomie. (*Manhattan hosp. Rep.*, IV, p. 6.) — Thomson. myopie, suite d'iridectomie (*Ibid.*, p. 31.)

Kyste. — Plauth. Du cystadénome papillifère du cou. (*Beit. z. klin. Chir.*, XIX, p. 335.) — Launay. Kyste congénital sous-hyoïdien. (*Soc. anat. Paris*, 9 juillet.) — E. Lazareff. Un cas de kyste sanguin dans la région latérale du cou. (*Arch. russes de pathol.*, juin.) — Douglas. Kystes de l'ouraque. (*Amer. j. of obst.*, oct.) — Mencière. Kyste du cordon pris deux fois pour une hydrocèle vaginale, sac sus-jacent, cure radicale, guérison. (*Gaz. hebd. Paris*, 18 juillet.) — Ramoino. Contribution à l'anatomie pathologique des kystes, avec un rare exemple de kyste rétropéritonéal d'origine lymphatique (*Riforma med.*, 2 août.) — Crowe. Kyste dermoïde de la vessie. (*Int. j. of surg.*, sept.) — De Magalhaes. Contribution à l'étude des kystes séreux des petites lèvres. (*Bull. Acad. de Méd.*, 8 juin.) — Cottin. Hygroma de la bourse olécranienne et kystes synoviaux du poignet. (*Bourgogne méd.*, juin.) — Lamotte. Des kystes du creux poplité. (*Thèse de Paris.*)

L

Lacrymal (App.) — Saverio. Les affections des voies lacrymales. (*Gaz. med. Lombarda*, 18 oct.) — Harrower. Quelques phases de l'obstruction lacrymale et leurs traitements. (*Boston med. Journ.*, 29 juill.) — Gallenga. Des lésions de la caroncule lacrymale, remarques sur son développement et sa structure. (*Arch. di ottolm.*, V, p. 1.) — Swell. Sarcome mélanique primitif de la caroncule lacrymale. (*Arch. of opht.*, XXVI, p. 343.) — Zimmermann. Traitement des suppurations du sac lacrymal (*Klin. Mon. f. Aug.*, août.)

Lait. — Boullanger. Action des levures de bière sur le lait. (*Ann. Institut Pasteur*, XI, p. 720.) — Getty. Du lait pasteurisé. (*N.-York med. journ.*, 9 oct.) — Raczynski. Le lait gras de Gaertner. (*Wiener med. Presse*, 17 oct.) — Variot. La surveillance de l'allaitement artificiel dans les crèches. (*J. de clin. inf.*, 23 sept.) — Budin. Rapport général de la commission d'étude de l'alimentation par le lait. (*Ibid.*) — Cotton. Une falsification du lait peu connue. (*Lyon méd.*, 22 août.)

Langue. — Sympson. Glossite chronique superficielle disséquante. (*Brit. med. journ.*, 11 sept.) — Ginestous. Ulcération tuberculeuse de la langue. (*Journ. méd. Bordeaux*, 31 janv.) — Pilliet. Leucoplasie linguale et épithélioma. (*Soc. anat. Paris*, 9 juill.) — Zarkewitch. Hémorragie mortelle après section du frein de la langue chez un enfant de 15 jours. (*Vratch*, 25 sept.)

Laparotomie. — Largeau. De la laparotomie en général. (*Progrès médical*, 31 juill.) — Dixon Jones. Expériences personnelles sur la laparotomie. (*Med. Record*, 7 août.) — Malcolm. 26 cas où la laparotomie a été pratiquée deux fois. (*Lancet*, 16 oct.) — Fritsch. De la guérison primitive des plaies de la laparotomie. (*Deut. med. Woch.*, 21 oct.) — Uhlmann. Des adhérences péritonéales après la laparotomie. (*Arch. f. Gyn.*, LIV, p. 384.) — Dreves. Des blessures de l'intestin dans la laparotomie. (*Thèse de Bonn.*) — Bœckel. Déchirure de la vessie et des intestins au cours de la laparotomie. (*Revue de gyn.*, sept.) — Beuttner. Stérilisation par la section des trompes après la laparotomie. (*Cent. f. Gyn.*, 9 oct.)

Larynx. — Trifiletti. Expériences sur le vague et le récurrent. (*Arch. ital. di lar.*, XVII, p. 70.) — Rethi. Etude expérimentale sur la tension des cordes vocales. (*Wiener klin. Woch.*, 21 oct.) — Rosapelly. Nouvelles recherches sur le rôle du larynx dans les consonnes sourdes et sonores (voix haute, chuchotée, respiratoire). (*Arch. int. de lar.*, X, p. 555.) — Vacher. Sur un moyen très simple et très pratique d'empêcher les miroirs laryngiens de se couvrir de buée. (*Ann. mal. de l'or.*, sept.) — Bergeat. Modification de l'insufflateur laryngien de poudres de Rauchfuss, pour mieux localiser la poudre. (*Münch. med. Woch.*, 4 mai.) — Leduc. De l'administration des poudres et des liquides par les voies respiratoires. (*Gaz. méd. Nantes*, 11 sept.) — Simon. La laryngologie d'Hippocrate. (*Thèse de Berlin.*) — Dreyfus. Emploi de la pharyngo-laryngoscopie pour le diagnostic des maladies du système nerveux central. (*Klin. Vort. Geb. d. otol.*, II, 6.) — Secchieri. Des pulsations laryngo-trachéales. (*Gaz. d. Osped.*, 22 août.) — Schech. De la toux nerveuse. (*Berl. klin. Woch.*, 29 mars.) — Thomas. Guérison d'une laryngite par le traitement du nez. (*Marseille méd.*, 1er juil.) — Langmaid. Hémorragie sous-muqueuse des cordes. (*N. York med. j.*, 28 août.) — Heymann. Un cas de lupus primitif du larynx. (*Berl. klin. Woch.*, 14 sept. 1896.) — Massei. Le diagnostic de la tuberculose laryngée. (*Arch. ital. di otol.*, V, p. 135.) — Iljisch. Traitement chirurgical de la tuberculose laryngée. (*Ejenedelnik*, 27.) — Botey. Indications et contre-indications du traitement chirurgical de la tuberculose du larynx. (*Arch. int. de lar.*, X, p. 517.) — Marchiafava. Un cas de verrue épineuse du larynx. (*Arch. ital. di otol.*, V, p. 267.) — Wallace. Aphonie atone. (*Lancet*, 30 oct.) — Horne. Syringomyélie avec parésie de la moitié gauche du voile et paralysie des abducteurs de la corde gauche. (*London lar. Soc.*, 9 juin.) — Burzio. Cas de paralysie unilatérale volontaire mais non mimique des muscles faciaux inférieurs ; paralysie de la corde gauche. (*Riforma med.*, 18 mai.) — Friedrich. Lésions des muscles dans la paralysie du nerf récurrent. (*Fortsch. der Med.*, 15 oct.) — Molinié. Laryngoplégie unilatérale par lésion traumatique du spinal. (*Rev. hebd. de lar.*, 2 oct.) — Dionisio. Rétrécissement laryngé grave par paralysie complète du récurrent gauche avec infléchissement de la région aryténoïdienne. (*Arch. ital. di otol.*, V, p. 362.) — Dundas Grant. 2 cas de paralysie de la corde vocale gauche d'origine alcoolique. (*J. of laryng.*, oct.) — Sutherland et Lack. Obstruction laryngée congénitale ou respiration stridoreuse des nouveau-nés. (*J. de clin. infant.*, 30 sept.) — Les Mêmes. Obstruction laryngée congénitale. (*Lancet*, 11 sept.) — Barnhill. Lésions de l'espace glosso-épiglottique. (*Laryngoscope*, août.) — Koschier. Prolapsus du ventricule de Morgagni. (*Wiener klin. Woch.*, 16 sept.) — Massei. Des laryngo-sténoses aiguës du premier âge, leur traitement. (*Arch. ital. di lar.*, XVII, p. 64.) — Fraenkel. Périchondrite cricoïdienne cause de rétrécissement du larynx par juxtaposition des cordes vocales. (*Berl. klin. Woch.*, 15 mars, p. 235.) — Damieno. A propos d'un cas de

sténose sous-glottique par gomme syphilitique, étude comparée du tubage et de la trachéotomie. (*Arch. ital. di lar.*, XVII, p. 97.) — Corradi. Ma méthode de traitement des rétrécissements chroniques du larynx. (*Arch. ital. di otol.*, V, p. 257.) — Lissard. Plaies du larynx et de la trachée par l'acide acétique (aspiré). (*Berl. klin. Woch.*, 12 oct. 1896.) — Kœnig. Cinq cas d'anaplastie pour pertes de substances du larynx et de la trachée. (*Ibid.*, 17 mai.) — Hunt. Méthodes d'ablation des tumeurs laryngées par les voies naturelles. (*Journ. of laryng.*, août.) — Gaudier. Un nouveau cas de kyste de l'épiglotte avec examen anatomo-pathologique. (*Echo méd. Nord*, 26 sept.) — Whistler. Papilome du larynx. (*J. of laryng.*, août.) — Ward. Papillome du larynx récidivant sous forme d'épithélioma. (*Laryngoscope*, juill.) — Masucci. Myxome volumineux du larynx, étude sur la genèse, le développement et la métamorphose des tumeurs. (*Arch. ital. di otol.*, VI, p. 9.) — Pluder. Cancer commençant de la corde vocale gauche chez un homme de 70 ans. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 217, 8 mars.) — Schmidt. Du cancer du larynx. (*Deut. med. Woch.*, 4 nov.) — Bark. Epithélioma de la corde gauche, thyrotomie. (*Brit. laryng. Ass.*, 16 juill.) — Fleming. Observation personnelle de cancer du larynx, laryngotomie. (*Lancet*, 16 oct.) — Sacchi. Un cas d'extirpation totale du larynx pour cancer. (*Policlinico*, 3.) — Graf. Résultats de l'extirpation du larynx pour cancer. (*Arch. f. klin. Chir.*, LV, 399.) — Pantaloni. 3 cas de chirurgie du larynx. (*Arch. prov. de Chir.*, VI, p. 525.) — Bayeux. Thérapeutique chirurgicale du croup, le tubage du larynx. (*Méd. infant.*, 15 oct.) — Doyen. Du tubage du larynx dans les opérations sur la cavité naso-buccale. la plèvre et le poumon. (*Bull. méd.*, 21 avril.) — Stevens. Sur 40 cas d'intubation. (*Boston med. Journ.*, 16 sept.)

Lèpre. — Polakowsky. La lèpre en Colombie. (*Deut. med. Woch.*, 30 sept.) — Routenberg. Deux cas de lèpre dans le gouvernement de Samora. (*Vratch*, 7 août.) — Von Delupis. Deux cas de lèpre observés à Lissa en Dalmatie. (*Wiener med. Woch.*, 25 sept.) — Jeanselme. La lèpre. (*Presse méd.*, 13 oct.) — Koppel. Les causes de l'extension de la lèpre en Livonie dans les vingt dernières années. (*St-Petersb. med. Woch.*, 25 sept.) — Impey. La non contagiosité de la lèpre anesthésique. (*Lancet*, 25 sept.) — Buchholtz. Préparations de lésions lépreuses. (*Berlin. klin. Woch.*, 23 mars.) — Hodara. Deux cas de lèpre nerveuse. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXV, p. 61.) — Pellizzari. Un cas exceptionnel de lèpre. (*Settim. med.*, 12 juin.) — Jeanselme et Laurens. Des localisations de la lèpre sur le nez, la gorge et le larynx. (*Soc. méd. des hôp.*, 23 juil.) — Kalindéro et Marinesco. Des rapports de la lèpre avec la syringomyélie et la maladie de Morvan. (*Ibid.*, 16 juil.) — Jeanselme. Des troubles sensitifs dans la lèpre. (*Ibid.*, 9 juil.) — Ashmead. L'isolement des lépreux au moyen âge. (*Journ. Amer. med. Ass.*, 9 oct.) — Sprecher. L'hoang-nan dans le traitement de la lèpre. (*Gaz. med. Torino*, 2 sept.) — Buzzi. Un cas de lèpre traité par le sérum de Carasquilla. (*Deut. med. Woch.*, 14 oct.)

Leucémie. — Dock. Morphologie du sang leucémique. (*Cong. de Moscou* et *Méd. mod.*, 11 sept.) — Herrick. Un cas de leucémie aiguë avec infection streptococcique. (*Journ. Amer. med. Ass.*, 24 juil.) — Ruedel. Un cas de pseudo-leucémie aiguë lymphatique. (*Deut. med. Woch.*, 23 sept.) — Jacunis. Cas de pseudo-leucémie traumatique. (*Berlin. klin. Woch.*, 15 mars.) — Jawein. Un cas exceptionnel d'anémie splénique pseudo-leucémique. (*Arch. de méd.*, août.)

Lipome. — Villar et Laubie. Lipome de la région deltoïdienne. (*Journ. méd.*

Bordeaux, 3 oct.) — K. Petreu. Un cas de lipomes multiples symétriques et héréditaires. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXLVII, 3.)

Locomotion. — Bradford. Examen de la locomotion humaine. (*Boston med. journ.*, 30 sept.) — Le Hello. De l'action des organes locomoteurs agissant pour produire les mouvements des animaux. (*Journ. de l'anat.*, juill.) — Ballet. Physiologie pathologique et traitement de l'astasie-abasie. (*Indép. médic.*, 29 sept.)

Lupus. — Charmeil. De l'épithéliome se développant sur un lupus. (*Echo méd. Nord*, 10 oct.) — Hollaender. De la cautérisation par l'air chaud (300°) spécialement dans le lupus. (*Deut. med. Woch.*, 21 oct. et *Presse médic.*, 30 oct.)

Luxation. — Rosdeveix. Sur les luxations des cartilages costaux. (*Thèse de Paris.*) — Stone et Cotton. Un cas de réduction de luxation du sternum. (*Boston med. Journ.*, 23 sept.) — Panse. Luxation latérale de l'articulation de Lisfranc. (*Münch. med. Woch.*, 25 mai.) — Frigoux. Luxation du radius en avant. (*Thèse de Paris.*) — Smith. Luxation congénitale de la hanche. (*Brit. med. j.*. 6 nov.) — Muskat. Des luxations congénitales de la hanche (*Arch. f. klin. Chir.*, LIV, p. 852.) — Roux. Deux cas de réduction de luxation congénitale de la hanche sans opération. (*Rev. méd. Suisse romande*, avril.) — Nebel. Sur un nouveau mode d'application de corsets dans la position oblique du malade et leur emploi dans la scoliose, luxation congénitale de la hanche, coxalgie et spondylizème. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIV, p. 674). — Braquehaye. Du traitement de la luxation congénitale de la hanche. (*Tribune méd.*, 27 oct.) — Tausch. Le traitemement moderne de la luxation congénitale de la hanche, au moyen du traitement mécanique non sanglant de Lorenz. (*Münch. med. Woch.*, 13 juil.) — Hagopoff. Remarques à propos de la méthode de Lorenz pour les luxations congénitales de la hanche. (*Gaz. des hôp.*, 30 sept.) — Engel. De la réduction sanglante des luxations anciennes des grandes articulations. (*Arch. f. klin. Chir.*, LV, p. 603.) — Mas. Un cas de luxation du genou en avant. (*Marseille méd.*, 15 juil.) — Barker. Luxation partielle et complète du cartilage semi-lunaire, 6 cas. (*Lancet*, 18 sept.) — Chambrelent. Luxation double congénitale du genou. Hydramnios. (*Journ. méd. Bordeaux*, 10 janv.)

Lymphatique. — De Grandmaison. Adénite épitrochléenne non suppurée, produite par le staphylocoque doré. (*Soc. de biol.*, 9 oct.) — Huguet. Les adénites inguinales suppurées et leur traitement chirurgical. (*Arch. de méd.*, août.) — Jordan. De la tuberculose des lymphatiques des membres. (*Beit. z. klin. Chir.*, XIX, p. 212.) — Unger. Cancer du canal thoracique. (*Arch. f. path. Anat.*, CXLV, 3.) — Zimmermann. Lymphadémie cutanée avec pseudo-leucémie ganglionnaire. (*Corr.-Blätt. f. schweiz. Aerzte*, 15 mars.) — Maxson. Adénite sous-maxillaire et lymphadénome. (*Med. Record*, 28 août.) — Fischer. Du lymphome malin. (*Arch. f. klin. Chir.*, LV, p. 467.) — Leupoldt. Le traitement des lymphomes malins. (*Thèse de Berlin.*)

M

Main. — Féré. Sur la rétraction de l'aponévrose palmaire. (*Rev. de chir.*, oct.) — Merker. La rétraction palmaire de Dupuytren. (*Thèse de Berlin.*) — Sinkler. Trophonévrose des mains avec amputation spontanée des doigts. (*J. of nerv. dis.*, oct.) — Kiene. Des plaies des doigts. (*Thèse de Bonn.*) — Tubby. Quelques affections rares des doigts. (*Brit. med. j.*, 16 oct.) — Coester. Tuberculose des articulations de la main. (*Thèse de Marbourg.*) — Jeanne. Main bote congénitale par malformation des os du carpe avec luxation congénitale du pouce. (*Soc. anat. Paris*, 9 juill.) — Vincent. Un cas de polydactylie. (*Arch. de méd. nav.*, août.) — Chiarentino. Polydactylie héréditaire. (*Arch. di psich.*, XVIII, 4.) — Wiktor. Opération pour syndactylie bilatérale chez un enfant de trois jours. (*Wiener med. Blätter*, 10 juin.)

Malformation. — Gilford. Un cas de développement mixte prématuré et retardé. (*Med. chir. Trans.*, LXXV, p. 17.) — Mencière. Série d'arrêts de développement tous situés du côté droit : malformations de l'oreille, de la main, du pied. (*Rev. d'orthop.* VIII, p. 352.) — Anderodias et Ginestous. Pouce surnuméraire. (*J. méd. Bordeaux*, 21 fév. et 14 mars.) — V. Stubenrauch. Absence congénitale du radius. (*Berl. klin. Woch.*, 29 mars.) — Kirmisson. Nouvel exemple de malformation congénitale de l'omoplate. (*Rev. d'orthop.*, VIII, p. 360.) — Hochbein. Sur l'anatomie des malformations de l'appareil uro-génital. (*Arch. f. path. Anat.*, CXLV, 1.) — A. Martin. Diverses malformations congénitales des organes génitaux. (*Normandie méd.*, 1er avril.) — Sankott. Un cas d'agénésie du rein gauche avec dystopie des rudiments du rein en communication de l'uretère, terminé par un kyste, avec la vésicule séminale. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LVIII, p. 463.) — Alexander. Un cas de pseudo hermaphrodisme. (*Deut. med. Woch.*, 16 sept.)

Mamelle. — Laguesse. Structure de la mamelle et sécrétion du lait. (*Echo méd. Nord.*, 12 sept.) — Powers. Le diagnostic des maladies du sein. (*Med. News*, 28 août.) — Vulker. De la polymastie. (*Thèse de Bonn.*) — Oulianowski. Cas d'un énorme abcès dans la région mammaire. (*Vratch*, 14 août.) — De Fontguyon. Maladie kystique de la mamelle. (*J. méd. Bordeaux*, 19 sept.) — Coyne. Mamelles kystiques. (*Ibid.*, 25 juill.) — Arnold. Sur une tumeur cartilagineuse et osseuse de la mamelle. (*Arch. f. pathol. Anat.* CXLVIII, 3.) — Yeats. Cancer du sein traité par l'injection d'alcool. (*Brit. med. j.*, 25 sept.)

Maxillaire. — Power. Empyème de l'antre chez un enfant de 8 semaines (*Brit. med. j.*, 25 sept. et 6 nov.) — Sendziak. Sur la guérison spontanée de l'empyème du sinus maxillaire. (*Arch. ital. di otol.*, V, p. 236.) — Mears. Le traitement opératoire de la constriction de la mâchoire. (*J. Amer. med. Ass.*, 18 sept.) — Arron. Traitement des adéno-phlegmons de l'angle de la mâchoire. (*J. des Praticiens*, 10 juill.) — Lichtwitz. Ostéomyélite aiguë du maxillaire inférieur simulant un empyème soi-disant classique de l'antre d'Highmore. (*Arch. int. de lar.*, X, p. 462.) — Sorel.

Ablation d'un séquestre formé de la totalité de la mâchoire inférieure droite à la suite d'ostéomyélite. (*Normandie méd.*, 1er oct.) — A. Bruck. Subluxation habituelle de l'articulation temporo-maxillaire gauche avec bruit perceptible à plusieurs mètres de distance. (*Berl. klin. Woch.*, p. 303, 5 avril.) — Mixter. Luxation bilatérale de la mâchoire depuis 3 mois, réduction par un nouveau procédé. (*Trans. Amer. surg. Assoc.*, XIV, p. 455.) — Papin. Fracture du maxillaire supérieur. (*Arch. méd. Angers,* I, p. 491.) — Hansy. Traitement des fractures du maxillaire. (*Cent. f. Chir.*, 9 oct.) — Mahé. De l'appareil de Kingsley pour la fracture du maxillaire inférieur. (*Rev. de chir.*, oct.) — Smidt. Traitement chirurgical des kystes du maxillaire. (*Thèse de Bonn.*) — Prym. Un cas de tumeurs épithéliales bénignes et centrales du maxillaire. (*Arch. f. path. Anat.*, CXLVIII, 1.) — Lartail. Sur un cas de suture osseuse du maxillaire inférieur par un nouveau procédé extra-buccal. (*Marseille méd.*, 1 avril.) — Partsch. Restauration du maxillaire inférieur après résection. (*Arch. f. klin. Chir.*, LV, p. 746.)

Médecine (hist.) — Fiessinger. Galien (*Méd. mod.*, 2 oct.) — Politzer. Gabriel Fallope. (*Arch. ital. di otol.*, V, p. 431.) — Staples. La médecine gréco-romaine. (*Medicine*, sept.) — Richet. L'œuvre de Pasteur. (*Presse méd.*, 15 sept.) — Lietard. Le médecin Charaka. Le serment des hippocratistes et le serment des médecins hindous. (*Bull. Acad. de méd.*, 11 mai.) — Osler. La médecine en Grande-Bretagne. (*Boston med. Journ.*, 2 sept.) — C. Rasch. Asclépiade de Prusias et l'école méthodique. (*Norsk Mag.*, avril.) — Cabanès. Les panacées d'autrefois. La thériaque. (*Bull. gén. de thérap.,* 30 juill.) — Cabanès. Les panacées d'autrefois. L'orviétan. (*Ibid.*, 15 oct.)

Médecine légale.— Purrington. La pratique illégale de la médecine. New-York (*Med. Record*, 24 juill.) — F. Jolly. Modifications nécessaires dans la législation sur les accidents professionnels, à propos d'un cas d'atrophie musculaire. (*Berl. klin. Woch.*, 22 mars.) — Muller. Etude médico-légale sur le ment des blessés par accident. (*Wiener med. Woch.*, 31 juill.) — Legludic. Péritonite aiguë, violences présumées, corps étranger de l'abdomen. (*Arch. méd. Angers*, I, p. 546.) — Mantzel. Un cas de blessure mortelle de l'intestin au point de vue médico-légal. (*Prager med. Woch.*, 22 juil.) — Sarda et Ardin-Deltheil. A propos d'un cas de fracture du sternum. Considérations médico-légales. (*N. Montpellier méd.*, n° 3 (Suppl.) 1er mai.) — Sarda. Meurtre et tentative de meurtre, examen de l'état mental de l'inculpé. (*Ibid.*, 5 juin.) — Dittrich. Observation de suicide pris pour meurtre (*Viert. f. ger. Med.*, XXII, p. 300.) — Seydel. Etude d'un avortement criminel. (*Ibid.*, XII, p. 352.) — Kratter. Etude médico-légale des blessures fœtales. (*Ibid.*, avril.) — Olshausen et Pistor. Rapport médico-légal de surarbitres dans un cas de fautes lourdes contre les règles de l'art (médecin ayant arraché l'utérus et déchiré la vessie croyant délivrer une femme.) (*Ibid.*, avril.) — Lecco. Analyse des taches de sperme en médecine légale. (*Wien. klin. Woch.*, 16 sept.)

Médecine militaire. — Senn. La chirurgie d'armée en Turquie. (*J. Amer. med. Ass.*, 18 sept.) — Senn. La chirurgie militaire en Grèce. (*Ibid.*, 28 août.) — Ebstein. Que peut-on faire pour uniformiser l'organisation sanitaire des armées? (*Wiener med. Blätter*, 12 août.) — Bruites. Projet de matériel médical régimentaire pour les troupes de la marine aux colonies. (*Arch. de méd. nav.*, sept.) — Audibert. Coffres à médicaments. (*Ibid.*) — Onimus. Sur le matériel technique délivré au médecin à bord des bâtiments. (*Ibid.*) — Kalcie. Téléphone transportable pour l'étude de la simu-

lation de la surdité. (*Der militaer.*, 15 oct.) — MARTY. Etude statistique sur l'état général des jeunes soldats du 4e et du 77e ligne, envisagés au point de vue de leurs professions. (*Ann. d'hyg. publ.*, avril.) — MAGET. De la propreté corporelle des équipages. (*Arch. de méd. nav.*, oct.) — BONNAFY. Malades rapatriés de l'Indo-Chine, transports-hôpitaux de l'État, bâtiments affrétés du commerce. (*Ibid.*) — BUROT. Les navires-hôpitaux dans les expéditions coloniales. (*Bull. Acad. de méd.*, 3 août.) — DUPARD. De l'asepsie et de l'antisepsie dans les infirmeries régimentaires. (*Arch. de méd. mil.*, oct.) — KOHLER, KURLBAUM, SCHJERNING, NICOLAI. Théorie des effets des projectiles de guerre. (*Berlin. klin. Woch.*, 26 avril.) — V. BRUNS. Les plaies produites par la balle de revolver Mauser. (*Beit. z. klin. Chir.*, XIX, p. 429.) — FUSTER. Quelques observations de blessures de guerre pendant la campagne gréco-turque. (*N. Montpellier méd.*, 26 juin.) — SUZUKI. Note sur les blessures dans les batailles navales de la guerre sino-japonaise. (*Lancet*, 16 oct.) — HAGA. Notes chirurgicales sur la guerre sino-japonaise. (*Arch. f. klin. Chir.*, LV, p. 245.) — BRIMAUD. Le débarquement des malades et des blessés dans les ports de Cherbourg et de Brest. (*Arch. de méd. nav.*, août.) — MAGET. Transport des blessés. (*Ibid.*) — LEVRIER. Quelques observations de blessures de guerre, à Madagascar. (*Ibid.*) — RENCUREL. Organisation de l'école de médecine de Tannanarive. (*Ibid.*) — JOURDAN. Organisation et fonctionnement de l'hôpital indigène de Tannanarive. (*Ibid.*)

Méninge. — KRAWIETZ. Étiologie de la méningite. (*Thèse de Kiel.*) — DE GRANDMAISON. Méningite à bacille d'Eberth. (*Méd. mod.* 29 sep.) — HAEDKE. Un cas de méningite et d'abcès épidural, avec constatation de bacilles de l'influenza. (*Münch. med. Woch.*, 20 juill.) — NEISSER. Un cas de méningite séreuse. (*Berl. klin. Woch.*, 5 avril.) — D'ASTROS. Méningite séreuse et hydrocéphalie aiguë. (*Rev. mens. mal. de l'enf.*, oct.) — PRINCE. 3 cas de méningite séreuse. (*J. of nerv. dis.*, août.) — FRY. Leptoméningite spinale purulente primitive. (*Ibid.*, août.) — URBAN. La méningite cérébro-spinale épidémique. (*Wiener med. Woch.*, 18 sept.) — EGGER. 2 cas de méningite cérébro-spinale avec constatation du diplocoque par la ponction lombaire. (*Corresp. Blatt. f. schw. Aerzte*, p. 306, 15 mai.) — HOBHOUSE. Méningite chronique, suite de méningite cérébro-spinale épidémique. (*Lancet*, 6 nov.) — MAYER. De la méningite cérébro-spinale épidémique. (*Thèse de Wurzbourg.*) — WILLIAMS. Etude clinique sur une épidémie de méningite cérébro-spinale. (*Boston med. jour.*, 23 sept.) — SCHWARZ. Deux cas de ponction lombaire dans la méningite épidémique. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 390, 3 mai.) — O. BUSSE. Sur une forme spéciale de méningite tuberculeuse. (*Arch. f. path. Anat.*, CXLV, 1.) — VORSCHULZE. Des inflammations syphilitiques et tuberculeuses de la dure-mère rachidienne. (*Thèse de Munich.*) — SSOKOLOW. Traitement chirurgical de la méningite tuberculeuse chez l'enfant. (*Arch. f. Kind.*, XXIII, 6.) — BENEKE. Sur les cholestéatomes des méninges. (*Arch. f. path. Anat.*, CXLIX, 1.) — SPANTON. 2 cas de méningocèle opérés avec succès. (*Brit. med. j.*, 9 oct.)

Menstruation. — VER EECKE. Des modifications des échanges organiques sous l'influence de la menstruation. (*Bull. Acad. méd. Belgique*, XI, p. 597.) — BOUILLY. Des poussées congestives intermenstruelles. (*Rev. de gyn.*, I, p. 579.) — JARDINE. Menstruation chez une nouveau-née. (*Brit. med., j.*, 11 sept.) — DAVIS. Hémorragie supplémentaire de l'œil à la période menstruelle. (*Manhattan hosp. Rep.*, IV, p. 20.) — KELLER. Le traitement balnéaire pendant la menstruation. (*Berlin. klin. Woch.*, 5 avril.)

Moelle. — BICKEL. Physiologie de la moelle chez l'anguille. (*Arch. f. ges.*

Phys., LXVIII, p. 110.) — GOLTZINGER. Les voies sensitives dans la moelle épinière. (*Thèse de St.-Pétersb.*) — BICKEL. Recherches sur les fonctions de la moelle épinière chez les tortues. (*Rev. méd. Suisse romande*, avril.) — PEMBREY. La température après la section de la moelle. (*Brit. med. j.*, 2 oct.) — SOUXHANOFF. De la marche de la dégénérescence des voies pyramidales chez le cobaye. (*J. de neurol.*, 20 sept.) — DOBROLWORSKY. Sur les dégénérescence secondaires de la moelle épinière. (*Rev. de psych. en russe*, sept.) — FAIVRE et DELAUNAY. Sur un cas de diagnostic difficile de myélopathie. (*J. méd. Bordeaux*, 8 août.) — WAGNER. 2 cas de lésion systématique combinée de la moelle. (*Deut. Zeit. f. Nerv.*, XI, p. 1.) — ERB. De la polyomyélite antérieure chronique traumatique. (*Ibid.*, XI, p. 122.) — RAUZIER. Les poliomyélites et leur traitement. (*N. Montpellier méd.*, 26 juin.) — RAUZIER. Des myélites aiguës et de leur traitement. (*Ibid.*, 10 juill.) — LANGDON. Polyomyélite lombaire antérieure subaiguë unilatérale. (*J. of nerv. dis.*, sept.) — KNAPP. Anesthésie dans les affections de la moelle. (*Ibid.*) — BORRI. Du syndrome de Brown-Sequard. (*Settim. med.*, 10 juill.) — JEANSELME. Syndrome de Morvan. Syringomyélie et lèpre. (*Soc. méd. des hôp.*, 30 juill.) — LUZZATTO. La maladie des caissons (à plongeurs.) (*Settim. med.*, 19 juin.) — MINOR. Sur les affections traumatiques de la moelle suivies d'hématomyélie centrale et de formations cavitaires. (*Cong. de Moscou, Méd. mod.*, 1 sept.) — DURANTE. Altération des cordons postérieurs secondaire à une lésion cérébrale en foyer. (*Ibid.*) — MAIXNER. Symptomatologie de la syringomyélie. (*Ibid.*) — SCHLESINGER. Pathogénie et anatomie pathologique de la syringomyélie. (*Wiener med. Woch.*, 18 sept.) — PATRICK. Syringomyélie avec anesthésie du tronc. (*J. of nerv. dis.*, oct.) — DELLER. Un cas de syringomyélie. (*Ibid.*) — MARINESCO. Mouvements cloniques d'origine médullaire dans la syringomyélie. (*Bull. Acad. de méd.*, 17 août.) — COLELLA. Pathologie et anatomie pathologique du tabes. (*Cong. de Moscou, Bull. méd.*, 22 août.) — PHILIPPE. Etude anatomo-chimique des localisations médullaires du tabes dorsalis. (*Arch. de neurol.*, sept.) — MARINESCO. De la topographie des troubles sensitifs dans le tabes ; ses rapports avec les sensations des tabétiques. (*Semaine méd.*, 13 oct.) — RAYMOND. Tabes juvénile et tabes héréditaire. (*Progrès méd.*, 7 août.) — JULES SIMON. Un cas de maladie de Friedreich avec autopsie et examen histologique. (*Ibid.*, 4 sept.) — BRAMWELL. 3 cas d'ataxie de Friedreich. (*Brit. med. j.*, 2 oct.) — WILSON. Ataxie locomotrice chez une jeune femme, arthropathie avec luxations des deux hanches, six grossesses dans le cours de la maladie. (*Med. chir. Trans.*, LXXX, p. 1.) — CESTAN et MOUCHET. Traumatisme du coude droit dans l'enfance. Tabes, névrite du nerf cubital. (*Gaz. hebd. Paris*, 1er sept.) — INGELRANS. Les formes anormales du tabes. (*Echo méd. Nord*, 19 sept.) — FAURE. Le traitement des tabétiques. (*Gaz. des hôp.*, 16 oct.) — EULENBURG. Le traitement du tabes. (*Deut. med. Woch.*, 28 oct.) — RAICHLINE. Sur le traitement du tabes. (*Rev. de neurol.*, 15 sept.) — GRASSET. Sur le traitement du tabes. (*Cong. de Moscou, Bull. méd.*, 22 août.) — VICTOROFF. L'organothérapie dans le traitement du tabes. (*Ibid.*) — JACOB. Traitement mécanique du tabes. (*Ibid.*) — FRENKEL. Traitement de l'ataxie par les exercices de coordination. (*Wien. klin. Woch.*, 28 oct.) — GREBENER. Sur l'usage des appareils orthopédiques dans le traitement du tabes. (*Rev. neurol.*, 15 oct.) — WERBITZKY. 2 cas de tabes traités par la spermine de Poehl. (*Deut. med. Woch.*, oct.) — EULENBURG. De la cinésithérapie dans les affections du cerveau et de la moelle. (*Berlin. kin. Woch.*, 19 avril.) — MUEHSAM. Traitement mercuriel de la sclérose multiple. (*Thèse de Kiel.*) — LAMBRET. Des réflexes dans les traumatismes de la moelle épinière. (*Arch. prov. de Chir.*, VI, p. 572.) — PETERS. Plaie par arme à feu de la moelle. (*Brit. med. j.*, 9 oct.) — HOFMANN. Un cas de tumeur de la protubérance annulaire. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXLVI, 3.)

Mole. — Neumann. De la mole vésiculaire et du déciduome malin. (*Mon. f. Geburts.*, VI, 2.) — Couty. Sur un cas de mole vésiculaire avec vomissements incoercibles ayant amené la mort de la malade. (*Presse méd.*, 6 oct.) — Louthokhine. Un cas de mole vésiculeuse dans une grossesse gémellaire. (*Ann. de gyn.*, sept.)

Molluscum. — Termets. 2 cas de molluscum pendulum. (*Soc. anat., Paris*, 11 juin.) — Nicolle. Molluscum contagiosum. (*Normandie méd.*, 15 août.)

Monstre. — Dujon. Monstre par fusion de 2 fœtus de mouton. (*Ann. de gyn.*, sept.) — Pinard et Varnier. Monstre symèle. (*Bull. Acad. de méd.*, 1er juin.) — Alezais. Monstre monocéphalien deradelphe. (*Marseille méd.*, 1er sept.)

Morve. — Wladimiroff. Phénomènes d'agglutination dans la morve. (*Cong. de Moscou*, *Méd. mod.*, 4 sept.) — Nocard. Prophylaxie de la morve. (*Ibid.*) — Cavazzani. Morve et farcin. (*Riforma med.*, 19 août.)

Muscle — Riche. Etude de l'action des antiseptiques sur la substance des muscles. (*J. de pharm.*, 1er sept.) — Bovero. Sur le muscle tibial antérieur. (*Giorn. Accad. di med. Torino*, juin.) — Alezais. Les muscles scalènes du cobaye. (*Soc. de biol.*, 16 oct.) — Bogdanow. La graisse des muscles. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXVIII, p. 408.) — Kachkadamow. Analyse des muscles au repos et pendant le travail chez la grenouille. (*Thèse de St.-Pétersb.*) — Bottazzi. Les oscillations du tonus atrial chez les amphibies; théorie de la fonction du sarcoplasme dans ce tissu musculaire. (*Morgagni*, août.) — Masini. Des effets de la résection des muscles de la nuque, interprétation d'une vieille expérience. (*Boll. mal. dell' Orecchio*, XV, p. 233.) — Wadsworth. Anomalies dans la symétrie musculaire. (*Boston med. j.*, 29 juill.) Bechterew. — La myotonie et son traitement. (*Nevrol. West.*, IV.) — Spiller. Les faisceaux neuro-musculaires. (*J. of nerv. dis.*, oct.) — Burr. Atrophie musculaire progressive. (*Ibid.*) — Eshner. Statistiques de dystrophies musculaires. (*Ibid.*) — Tordeus. De la pseudo-hypertrophie musculaire. (*J. de clin. infant.*, 23 sept.) — Maixner. Anatomo-pathologie de la paralysie musculaire pseudo-hypertrophique. (*Cong. de Moscou*, *Méd. mod.*, 1er sept.) — Clemesha. Maladie de Thomsen, maladie de famille. (*Lancet*, 23 oct.) — Bremig. De la myosite ossifiante. (*Thèse de Greifswald.*)

Myopie. — Hilschenz. Du décollement de la rétine dans la myopie forte. (*Thèse de Leipzig.*) — Vacher. Traitement chirurgical de la myopie progressive. (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 22 juin.)

Myxœdème. — Gley, Ewald. Physiologie pathologique du myxœdème. (*Cong. de Moscou*, *Sem. méd.*, 25 août.)— Briquet. Myxœdème de l'adulte. (*Presse méd.*, 9 oct.)

N

Nævus. — Hutchins. Histoire et pathologie de l'évolution rare d'un nævus telangiectode. (*N.-York med. j.*, 18 sept.) — Tailhefer. Le nævo-carcinome. (*J. mal. cut.*, mars.)

Nerf. — ROBERTSON. Histologie normale et pathologique de la névroglie. (*J. of mental sc.*, oct.) — HUBER. Les ganglions sympathiques des vertébrés. (*Brit. med. j.*, 2 oct.) — TONKOW. Sur les anomalies dans la distribution des nerfs cutanés du dos de la main d'homme comparée avec celle des singes. (*Vratch*, 7 août.) — Mac MURRICH. Le nerf interosseux postérieur. (*Brit. med. j.*, 2 oct.) — PAGANO. Sur les voies associatives périphériques du nerf optique. (*Arch. ital. de biol.*, XXVII, p. 392.) — STEFANI. Sur la propriété qu'ont les fibres nerveuses de maintenir isolés leurs moignons centraux. (*Ibid.*, p. 305.) — BORUTTAU. De la modification temporaire du courant électrotonique des nerfs. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXVIII, p. 351.) — STCHERBAK et IWANOFF. Diagnostic différentiel des polynévrites. (*Névrol Westnik*, V, 1-2.) — STRACHAN. Forme de névrite dans les Indes orientales. (*Practitioner*, nov.) — KRUEGER. De la névrite multiple dégénérative. (*Thèse de Berlin.*) — REYNOLDS. Névrite périphérique dans la grossesse et l'état puerpéral. (*Brit. med. j.*, 16 oct.) — PERSHING. Névrite par compression causée dans les opérations chirurgicales. (*Med. News*, 11 sept.) — BUICLI et VARNALI. De la polynévrite arsenicale. (*Cong. de Moscou, Méd. mod.*, 15 sept.) — BALLABENE. Traitement curatif des névralgies périphériques. (*Ibid.*) — REGNIER. Traitement des névrites périphériques par les courants alternatifs. (*Arch. d'élect. méd.*, 15 sept.) — JOUSSET. Un nouveau signe de la névralgie phrénique. (*Soc. méd. des hôp.*, 30 juill.) — ELIOT. La céphalée chronique paroxystique, migraine, hémicranie. (*N.-York. med. j.*, 2 oct.) — AUERBACH. De l'érythromélalgie. (*Deut. Zeit. f. Nerv.*, XI, p. 143.) — DEHIO. De l'érythromélalgie. (*Berlin. klin. Woch.*, 14 sept. 1896.) — HEIMANN. 2 cas d'érythromélalgie. (*Ibid.*, 21 déc. 1896.) — LEOPOLD-LEVI. De l'érythromélalgie, syndrome de Weir Mitchell. (*Presse méd.*, 15 sept.) — SCHAEFFER. Siège et causes des douleurs lombaires et de la proctalgie, pseudococcygodynie. (*Cent. f. Gyn.*, 16 oct.) — MIXTER. Le traitement chirurgical de la névralgie du trijumeau. (*Trans. Amer. surg. Ass.*, XIV, p. 457.) — LONG et EGGER. Des paralysies du trijumeau chez l'homme. (*Arch. de phys.*, IX, p. 305.) — HAUPTMANN. Un cas de paralysie progressive traumatique des 3e et 7e paires. (*Thèse de Greifswald.*) — SCHALLEN. Convulsions cloniques de l'accessoire de Willis chez l'adulte. (*Rev. méd. Suisse romande*, XVI, p. 263.) — William LEWY. Fréquence des luxations habituelles spontanées du nerf cubital. (*Berlin. klin. Wochen.*, p. 236, 15 mars.) — STAPFF. Des plaies des nerfs et de leur guérison. (*Thèse de Marbourg.*) — THIEMICH. De la suture des nerfs. (*Thèse de Berlin.*) — FESSLER. 2 cas de suture secondaire des nerfs. (*Thèse de Munich.*) — H. von BUENGNER. Neurofibromes multiples des nerfs périphériques du sympathique chez un homme de 36 ans mort de pneumonie. (*Berlin. klin. Wochen.*, 31 mai.) — KAHLDEN. Remarques sur mon travail « Sur les névromes multiples vrais de la moelle ». (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, XXI, p. 373.)

Nerveux (Syst.). — GOLDSCHEIDER et FLATAU. Sur la structure des cellules ganglionnaires. (*Berlin. klin. Woch.*, 15 mars.) — GOWERS. Les neurones et leurs rapports avec la maladie. (*Lancet*, 6 nov.) — PUGNAT. Sur la structure des cellules des ganglions spinaux de quelques reptiles. (*Anat. Anz.*, XIV, p. 89.) — DE GRAZIA. Sur la présence des corpuscules dits de Russel dans le système nerveux central de l'homme. (*Riforma med.*, 15 sept.) — BETHE. Les fonctions du système nerveux central des arthropodes. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXVIII, p. 449.) — HOFBAUER. De l'interférence entre les impulsions dans le système nerveux. (*Ibid.*, p. 546.) — JENDRASSIK. Sur les fonctions du système nerveux végétatif. (*Arch. f. path. Anat.*, CXLV, 3.) — BROCA et RICHET. Période réfractaire dans les centres nerveux. (*Arch. de

phys., IX, p. 864.) — De Grazia. Sur les modifications de la sensibilité farado-cutanée en rapport avec les autres sensibilités de la peau. (*Riforma med.*, 11 oct.) — Di Luzenberger. Altération spéciale des cellules ganglionnaires par traumatisme expérimental. (*Giorn. Ass. dei med.*, VII, 4, et *Ann. di nevrologia*, XV, 5.) — Barbacci et Campacci. Les lésions cadavériques de la cellule nerveuse. (*Riv. di patol. nerv.*, II, p. 337.) — Pasquale. Sur les altérations artificielles et cadavériques du système nerveux central et périphérique. (*Lo Sperimentale*, LI, p. 38.) — Hughes. Les progrès de la neurologie en Amérique. (*J. Amer. med. Ass.*, 14 août.) — Mac Fadden Gaston. L'élément nerveux en pathologie chirurgicale. (*Ibid.*, 18 sept.) — Edwards. Le système nerveux dans l'état de maladie. (*Med. Record*, 21 août.) — V. Buengner. Du neurofibrome généralisé multiple du système nerveux périphérique et du sympathique. (*Arch. f. klin. Chir.*, LV, p. 559.)

Névrose. — Grandin. Certaines causes de névroses chez la femme. (*Med. News*, 16 oct.) — E. Marandon de Montyel. La parenté du génie avec la névropathie. (*France méd.*, 23 avril.) — Boettiger. De la neurasthénie et de l'hystérie et des rapports des deux maladies. (*Münch. med. Woch.*, 25 mai.) — Joseph. De la neurasthénie. (*Berlin. klin. Wochens.*, 19 avril.) — Ausset. Des hémorragies dans la neurasthénie. (*Rev. de méd.*, sept.) — St-John Roosa. Asténopie comme signe de neurasthénie. (*Manhattan hosp. Rep.*, IV, p. 1.) — Kiernan. Les complications internes de la neurasthénie. (*J. Amer. med. Ass.*, 18 sept.) — Cestan. De l'abasie neurasthénique. (*Arch. méd. Toulouse*, 15 juin.) — Perrier. Neurasthénie et artériosclérose. (*N. Montpellier méd.*, 12 juin.) — Stiller. De l'entéroptose signe de neurasthénie. (*Arch. f. Verdauungsk.*, II.) — Bridge. Névroses réflexes d'origine abdominale. (*Medicine*, sept.) — Pervez. Tic de Salaam. (*Arch. de méd. nav.*, sept.) — Tchigaiew. Sur l'érytrophobie. (*Vratch*, 24 juill.) — Bechterew. Observations nouvelles sur la phobie de rougeur. (*Rev. de psych. en russe.*, août.) — Wright. Crampe des écrivains. (*N.-York med. j.*, 11 sept.) — Fauvet. Du traitement de la neurasthénie par l'isolement. (*Thèse de Paris.*)

Nez. — Fiessinger. L'anatomie du nez, de l'oreille et du larynx à l'époque de la renaissance. (*Arch. int. de lar.*, X, p. 503.) — Nicolai. Etudes anatomiques sur le développement des cavités nasales. (*Archiv ital. di otol.*, V, p. 417.) — Ewing. Essai physiologique sur le nez. (*Laryngoscope*, août.) — Mendel. Physiologie et pathologie de la respiration nasale. (*Méd. mod.*, 15 sept.) — Mendel. De la mesure de la respiration nasale au moyen du rhinomètre. (*J. des Praticiens*, 6 nov.) — Ziem. Rapports entre les affections nasales et mentales. (*Ann. mal. de l'or.*, sept.) — Biaggi. Des rapports entre le bégaiement et les affections du nez et du pharynx. (*Arch. ital. di otol.*, V, p. 218.) — Cassiani-Ingoni. De quelques affections rares des fosses nasales. (*Ibid.*, VI, p. 63.) — Mullen. Glaucome d'origine nasale réflexe. (*Laryngoscope*, août.) — Mackenzie. Hémorragie nasale (*Scottish med. j.*, oct.) — Gozewer. Sur les hémorragies du nez, de l'oreille et du pharynx. (*Vratch*, 2 oct.) — Thomas. Traitement d'une hémorragie nasale grave par l'eau oxygénée. (*Marseille méd.*, 15 oct.) — Mendel. Troubles dus à l'insuffisance nasale. (*J. des Praticiens*, 17 juill.) — Leland. L'obstruction nasale dans les affections de l'oreille. (*Boston med. j.*, 26 août.) — Grove. Rhinite hypertrophique. (*Laryngoscope*, sept.) — Massei. De la rhinite caséeuse. (*J. of laryng.*, sept.) — Martuscelli. Pseudo-rhinite caséeuse. (*Arch. ital. di lar.*, XVII, p. 73.) — Arslan. Encore deux mots sur la rhinite caséeuse. (*Arch. ital. di otol.*, V, p. 159.) — Della Vedova. Diagnostic diffé

rentiel entre les rhinites chroniques et l'ozène, de la sérothérapie anti-ozéneuse. (*Ibid.* p. 169.) — Arslan. La sérothérapie dans l'ozène. (*Ibid.*, VI, p. 111.) — John N. Mackenzie. Remarques sur l'endorhinite atrophique. (*J. of laryng.*, oct.) — Moure. Traitement de l'ozène. (*Soc. franc. de lar.*, mai.) — Bruck. Le traitement de l'ozène, méthode de Gottstein. (*Berlin. klin. Woch.*, 18 janv.) — Mouret. Contribution à l'étude du traitement de l'ozène. (*Rev. hebd. de lar.*, 18 sept.) — Abloff. Traitement de l'ozène par le sérum anti-diphtérique. (*Vratch*, 2 oct.) — Browne. Traitement de l'ozène par le sérum anti-diphtérique. (*Edinb. med. j.*, nov.) — Saenger. Traitement de l'ozène. Réponse à Bruck. (*Berlin. klin. Wochens.*, 8 mars.) — Franz Bruck. Réplique à Saenger. (*Ibid.*, 19 avril.) — Howard et Ingersoll. Etiologie des sinusites. (*Med. News*, 25 sept.) — Cline. Sinusites, suite de grippe. (*Laryngoscope*, août.) — Fehleisen. Diagnostic et traitement des affections des sinus frontaux. (*Med. Record*, 7 août.) — Flatau. 2 cas d'empyème unilatéral de tous les sinus. (*Arch. ital. di otol.*, V, p. 250.) — Vitalba. 1 cas de rhinorrée purulente caséiforme par empyème du sinus maxillaire. (*Ibid.*, VI, p. 153.) — Forestier. Sinusite frontale primitive subaiguë, empyème, perforation de la paroi antérieure du sinus, migration insolite du pus à travers le diploé du frontal en haut et perforation de la table interne de cet os ayant déterminé une méningo-encéphalite septique mortelle. (*Arch. int. de lar.*, X, p. 466.) — Gradenigo. Description clinique d'une inflammation aiguë du sinus frontal. (*Laryngoscope*, juill.) — Sampson. Inflammation suppurée des sinus frontaux. (*Ibid.*, août.) — Wurdemann. Empyème des sinus maxillaire, ethmoïdal et sphénoïdal, septicémie à la suite d'ablation du cornet, guérison. (*Ibid.*, juillet.) — Valude. Diagnostic ophtalmoscopique des complications cérébrales dans les sinusites. (*Bull. méd.*, 18 juill. et *Arch. int. de lar.*, X, p. 488.) — Rafin. Des complications intracraniennes des inflammations du sinus frontal. (*Arch. gén. de méd.*, oct.) — Walker. Emploi de l'iodoforme dans l'adénite cervicale suppurée, les sinusites. (*Med. News*, 14 août.) — Bryan. Traitement de la sinusite frontale chronique par ouverture et drainage par le nez. (*N. York med. j.*, 2 oct.) — Thomson. Tuberculose primitive des fosses nasales. (*Brit. med. j.*, 30 oct. p. 1263.) — Macnaughton Jones. Ulcère esthiomène menstruel du nez. (*Edinb. med. j.*, oct.) — Taptas. Syphilis nasale avec la destruction presque complète de la cloison cartilagineuse et conservation de la forme externe du nez. (*Rev. hebd. de lar.*, 16 oct.) — Newcomb. Gaïacol comme anesthésique dans les petites opérations sur le nez et la gorge. (*N. York med. j.*, 28 août.) — Lichtwitz. Abus et dangers de la douche nasale. (*Semaine méd.*, 30 oct.) — Pynchon. Bougies et drains pour le nez. (*New York med. j.*, 23 oct.) — Simon. De l'atrésie osseuse congénitale des choanes, 2 cas. (*Thèse de Leipzig.*) — D'Aguanno. Occlusion congénitale de la fosse nasale en arrière. (*Arch. ital. di otol.*, V, p. 231.) — Masucci. De l'hématome de la cloison. (*Ibid.*, V, p. 204.) — Tansley. Nouvelle opération pour la correction de la déviation de la cloison. (*Laryngoscope*, sept.) — Gleason. Même sujet. (*Ibid.*) — Knight. Exostose de la cloison. (*Manhattan hosp. Rep.*, IV, p. 70.) — Butts, Douglass. Déviation de la cloison. (*Ibid.*, p. 75.) — Sarremone. Traitement des déviations de la cloison du nez. (*Rev. hebd. de lar.*, 17 juil.) — Garel. Fractures rares du nez, nécrose et élimination du cornet inférieur. (*Ann. mal. de l'or.*, oct.) — Garel. Rhinolithes, 4 nouveaux cas dus à des noyaux de cerise. (*Ibid.*, sept.) — Bark. Rhinolithes (*Rev. hebd. de lar.*, 16 oct.) — Turner. Papillome de la cloison nasale. (*Arch. of otol.*, XXVI, p. 141.) — Noquet. Un cas de tumeur papillaire du cornet inférieur et de la cloison. (*Rev. hebd. de lar.*, 18 sept.) — Grant. Polype rétro-nasal. (*J. of lar.*, sept., p. 493.) — Péan. Polypes des fosses nasales. (*Bull Acad. de méd.*, 13 avril.) — Gaudier.

Note sur un cas de tumeur de la cloison des fosses nasales. (*Bull. soc. méd. du Nord*, 23 avril.) — SAITTA. Adénomes du nez. (*Arch. ital. di lar.*, XVII, p. 157.) — DE RUYTER. Rhinoplastie pour ensellure nasale à l'aide d'un os décalcifié. (*Berlin. klin. Woch.*, 26 avril.) — GORIS. Sur deux opérations de rhinoplastie. (*Bull. Acad. méd. Belgique*, XI, 535.) — PARLAVECCHIO. Nouveau procédé de rhinoplastie totale dans les destructions complètes du nez. (*Arch. ital. di otol.*, VI, p. 107.) — PIERGILI BŒZIO. De la rhinoplastie partielle. (*Ibid.*, p. 133.) — P. GRADENIGO. Nouveau procédé d'auto-rhinoplastie. (*Ibid.*, p. 146.)

O

Obésité. — LE GENDRE. Pathogénie de l'obésité. (*Presse méd.*, 21 août, et *Méd. mod.*, 28 août.) — QUEYRAT. Tuberculose et obésité. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 16 juillet.) — ROBIN. Traitement de l'obésité. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 oct.) — BURZAGLI. Le traitement de l'obésité. (*Settim. med.*, 26 juin.) — DUMONT. Traitement de l'obésité compliquée de surcharge graisseuse du cœur. (*Ann. policlin. Lille*, août.)

Occlusion int. — ROSE. De l'incarcération stercorale (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLVI, p. 109.) — FERRIO et BOSIO. Altérations rénales dans l'occlusion intestinale. (*Sperimentale*, LI, p. 171.) — E. KUMMER. Occlusion intestinale aiguë par étranglement herniaire; kélotomie; occlusion intestinale chronique par brides; anastomose iléo-colique; récidive de l'occlusion; mort; pas d'autopsie. (*Rev. méd. Suisse romande*, mars.) — BRADBURY. 2 cas d'obstruction intestinale par calculs biliaires. (*Brit. med. j.*, 25 sept.) — CANT. Occlusion intestinale par calculs biliaires. (*Ibid.*, 30 oct.) — MC GRAW. Invagination de l'appendice et du cœcum. (*Ibid.*, 9 oct.) — CLUBBE. 15 cas d'invagination. (*Ibid.*, 6 nov.) — ATHERTON. Etranglement de l'intestin à travers une déchirure du mésentère. (*Ibid.* 9 oct.) — SMITH. Etranglement de l'iléon à travers une ouverture congénitale du mésentère. (*Lancet*, 30 oct.) — BINAUD et LEGROS. Occlusion intestinale avec péritonite. (*J. méd. Bordeaux*, 15 août.) — MAUCLAIRE. Occlusion intestinale dans un sac herniaire propéritonéal à double ouverture. (*Soc. anat. Paris.*, 18 juin.) — MAGNARAPA. Sur un cas d'occlusion aiguë de l'intestin. (*Riv. clin. e terap.*, oct.)

Œdème. — JAIME PI Y SUNER. Doctrine moderne de l'œdème. (*Acad. de méd. Barcelone*, 29 mai.) — HENRICHS. Œdème aigu angioneurotique et urticaire. (*Thèse de Greifswald.*) — BROWN. Œdème mobile. (*Brit. med. j.*, 25 sept.) — GRIFFITH et NEWCOMET. Types d'œdème de l'enfance et de l'adolescence. (*Med. News*, 2 oct.) — WEIL. Un cas d'œdème éléphantiasique des membres inférieurs. (*France méd.*, 20 août.)

Œil. Fredrich KOSCH. Précis d'ophtalmologie. (*Vienne* et *Leipsig.*) — GAUDENZI. Sur une méthode d'examen aploscopique du champ de la vision binoculaire. (*Giorn. Accad. di Med. Torino*, mai.) — PARINAUD. Relations fonctionnelles des deux yeux, la vision simultanée, la vision binoculaire la vision alternante. (*Ann. d'ocul.*, sept., oct. et nov.) — BROSE. L'ophtalmos-

cope, moyen de diagnostic en médecine générale. (*J. Amer. med. Ass.* 9 oct.) — VISSER. Nouveau procédé de mensuration de la réfraction .(*Cent. f. prakt. Aug.*, sept.) — BAUDRY. Démonstration d'un procédé facile et certain de provoquer la diplopie monoculaire à l'aide du prisme simple, son application à la recherche de la simulation de la cécité unilatérale. (*Rev. gén. d'opht.*, XVI, p. 433.) — DE GROSZ. Examen de la vision obligatoire du personnel des chemins de fer royaux de l'Etat hongrois. (*Ann. d'ocul.*, sept.) — BEAUMONT. Epreuves visuelles pour les employés de chemins de fer sur le continent et en Angleterre. (*Brit. med. j.*, 16 oct.) — FÉRÉ. Boîtes chromoptoscopiques pour l'exploration et l'exercice de la vision des couleurs. (*Soc. de biol.*, 9 oct.) — LUCHTING. Un cas de persistance de l'artère hyaloïde. (*Thèse de Kiel.*) — SWANZY. Les anomalies congénitales de l'œil. (*Brit. med. j.*, 30 oct.) — DOLGANOFF. Modifications de l'œil après la ligature de la vésicule biliaire. (*Arch. f. Aug.* XXXIV, p. 196.) — BERGER. Sur quelques troubles oculaires dépendant de l'état général. (*Arch. d'opht.*, XVII, p. 479.) — OSTWALT. Complications oculaires de la maladie de Pavy. (*Rev. gén. d'opht.*, XVI, p. 337.) — DEYNARD. Ophtalmie des nouveau-nés (*Manhattan hosp. Rep.*, IV, p. 18.) — DALY. L'ophtalmie purulente au point de vue bactériologique. (*Boston med. j.*, 5 août.) — TRUC. L'ophtalmie granuleuse dans la région de Montpellier au point de vue nature, terrain clinique et milieu atmosphérique. (*N. Montpellier méd.* 30 oct.) — G. HALTENHOFF. A propos des ophtalmies pseudomembraneuses (*Rev. méd. Suisse romande*, avril.) — NACCIARONE. Les hémorragies oculaires chez les phosphaturiques et les azoturiques. (*Riforma med.*, 11 mai.) — SCHJOTR. Note sur le spasme de l'accommodation. (*Norsk Mag.*, mai.). — TRUC. Nouveau scotomètre central. (*Ann. d'ocul.*, oct.) — PRATT. Qu'est-ce que les mouches volantes? (*Med. Record*, 9 oct.) — ROCHON-DUVIGNEAUD. Valeur cérébroscopique de l'œdème papillaire. (*J. des Praticiens*, 19 juin.) — DUANE. Paralysies isolées des muscles oculaires. (*Arch. of opht.*, XXVI, p. 317.) — FOSTER. Parésie du droit externe par violence indirecte. (*Ibid.* p. 361.) — GILES. Paralysie du droit externe. (*Manhattan hosp. Rep.* IV, p. 10.) — PAYNE. Paralysie de l'oblique supérieur suivie de kératite interstitielle. (*Ibid.*, p. 13.) — STRZEMINSKI. Paralysie oculo-motrice récidivante. (*Rec. d'opht.*, sept.) — DE SCHWEINITZ. Un cas d'amblyopie toxique, examen microscopique. (*Amer. j. of med. sc.*, sept.) — ELLIS. L'amblyopie tabagique. (*Med. Record*, 25 sept.) — TERSON. Atrophie partielle des nerfs optiques à la suite d'une brûlure cutanée traitée par l'iodoforme. (*Soc. de biol.*, 16 oct.) — NOTTBECK. De la pseudo névrite optique congénitale. (*Thèse de Marbourg.*) — BERRY. Traitement de quelques affections communes de l'œil. (*Edinb. med. j.*, oct.) — MURRELL. Bromhydrate de scopolamine comme cycloplégique. (*Arch. of opht.*, XXVI, p. 335.) — TREUTLER. De l'euphtalmine, nouveau mydriatique, remarques sur l'action des paralysants de l'accommodation. (*Klin. Mon. f. Aug.*, sept.)— CHEVALIER. L'holocaïne en ophtalmologie. (*Bull. gén. de Thérap.*, 23. oct.) — VACHER. De l'eau oxygénée en thérapeutique oculaire. (*Ann. d'ocul.*, mai, p. 364.) — ARDIN-DELTHEIL. L'airol dans l'ophtalmie des nouveau-nés. (*Presse méd.*, 15 sept., et *N. Montpellier méd.*, 9 oct.) — BIETTI. De l'action physiologique de l'arécoline sur l'œil; applications au traitement du glaucome. (*Arch. di ottalm.*, V, p. 33.) — GEIRSVOLD. Sur l'application de l'acide phénique en ophtalmologie. (*Norsk Mag.*, mai.) — HALE. Sur les plaies non pénétrantes des yeux provoquées par l'explosion des pétards. (*J. Amer. med. Ass.*, 18 sept.) — MERMET. Plaie pénétrante du globe oculaire, cataracte traumatique, hémiatrophie optique. (*Soc. anat. Paris*, 2 juillet.) — NORMAN-HANSEN. Sur la contusion de l'œil. (*Ann. d'ocul.*, sept.) — HIRSCHERG. De l'extraction d'éclats de cuivre du fond de l'œil (*Berlin. klin. Woch.*, 12 avril.) — BATES. Les opérations sur l'œil sans douleur. (*N. York med. j.*, 16 oct.)

Œsophage. — Kelling. De l'œsophagoscopie et de la gastroscopie. (*Arch. f. Verdauungsk.*, II.). — Meltzing. Le contrôle de l'éclairage de l'estomac par la sonde-aimant. (*Ibid.*) — Rosenheim. Du cathétérisme de l'œsophage à l'aide de l'œsophagoscope. (*Berlin. klin. Woch.*, 31 mai.) — Panser. Même sujet (*Ibid*,, p. 479. — Baizini. Œsophagite phlegmoneuse, septicémie cryptogénétique. (*Arch. ital. di otol.*, V, p. 73.) — Juffé. Les dilatations idiopathiques de l'œsophage. (*Münch. med. Woch.*, 13 avril.)— Lannois. Rétrécissement syphilitique de l'extrémité supérieure de l'œsophage, traitement par la sonde de Jaboulay. (*Arch. int. de lar.*, X, p. 404.) — Robineau. Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage chez un enfant. (*Normandie méd.*, 15 sept.) — Gilles. Application aux rétrécissements de l'œsophage des diverses méthodes de traitement électrique employées pour l'urètre. (*J. méd. Bruxelles*, 30 sept.) — Kempt. 2 cas d'œsophagotomie externe. (*Thèse de Leipzig.*) — Makins. Œsophagotomie pour corps étranger, compliquée d'emphysème cellulaire. (*Brit. med. j.*, 16 oct. p. 1090.) — Hitzig. La différence des pupilles dans le cancer de l'œsophage. (*Deut. med. Woch.*, 2 sept.) — Clauditz. 2 cas de cancer de l'œsophage avec perforation de la trachée et des bronches. (*Thèse de Gœttingue.*) — Schrœder. Gangrène du poumon par perforation de l'œsophage par corps étrangers. (*Thèse de Berlin.*) — Wrede. Cancer de l'œsophage avec ouverture dans une bronche. (*Thèse de Kiel.*) — Kuemmell. Opération pour cancer de la partie supérieure de l'œsophage chez une femme de 50 ans, mort par asphyxie 3 mois plus tard. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 mai. — Lindner. Opérations de cancers œsophagiens. (*Ibid.*, 7 déc. 1896.) — Picqué. Œsophagostomie pour un néoplasme de l'œsophage (*France méd.*, 26 février.)

Orbite. — Querenghi. Un cas curieux d'abcès chronique de l'orbite. (*Ann. d'ocul.* sept.) — Cabannes et Ulry. Phlegmon de l'orbite. Névrite étranglée. Kératite neuro-paralytique. (*J. méd. Bordeaux*, 4 avril.) — Terson. Pronostic et traitement des plaies de l'orbite. (*J. des Praticiens*, 9 oct.) — Bocchi. Fibromyome de l'orbite. (*Ann. di ottalm.*, V, p. 59.)

Oreille. — Karutz. De la forme des oreilles. (*Zeit. f. Ohr.*, XXX, 4.) — Karutz. La forme des oreilles comme signe de dégénérescence. (*Ibid.*) — Cheatle. La portion conductrice du labyrinthe. (*Arch. of otol.*, XXVI, p. 185.) — Breuer. Des canaux semi-circulaires et du son dans l'espace. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXVIII, p. 596.) — Rumbold. Fonctions du tenseur du tympan et du muscle de l'étrier, mécanisme des bourdonnements. (*Laryngoscope*, sept.) — Augiéras. Perception monoauriculaire et biauriculaire de la direction des sons.'(*Rev. hebd. de lar.*, 2 oct.) — Masini. Du myoclonus auriculaire. (*Arch. ital. di otol.* V, p. 367.) — Brunner. Les exercices d'audition à l'Ecole des sourds-muets. (*Wien. klin. Woch.*, 2 sept.) — Guye. Les signaux acoustiques des chemins de fer et l'acuité auditive des mécaniciens. (*Rev. int. de rhinol.*, oct.) — De Rossi. L'examen de l'audition chez les employés de chemins de fer. (*Arch. ital. di otol.*, V, p. 1.) — Rohrer. Les rapports des maladies des oreilles et des maladies des yeux. (*Klin. Vort. geb. der Otol.*, II, 5.) — Ostmann. Des rapports entre l'œil et l'oreille. (*Berl. klin. Woch.*, 21 déc. 1896.) — Morpurgo. Etudes statistiques sur les maladies de l'oreille chez les scrofuleux et sur l'influence des bains de mer. (*Arch. ital. di otol.*, V, p. 113.) — Schwabach. Des maladies de l'oreille dans la leucémie. (*Zeit. f. Ohr.*, XXX, p. 4.) — Morf. Maladies des oreilles dans le mal de Bright. (*Ibid.*) — Hoover. Surdité hystérique. (*Manhattan hosp. Rep.*, IV, p. 61.) — Kenyon. Mastoïdite aiguë primitive. (*Ibid.*, p. 64.) — Somers. Surdité héréditaire. (*Medicine*, oct.) — Wilson. Surdité nerveuse dans la diphtérie. (*Amer. j.*

of med. sc., oct.) — TRIFILETTI. Un cas de surdité liée à l'athérome du système aortique. (*Arch. ital. di otol.,* V, p. 145.) — LUZZATI. De la perception osseuse de la montre dans le diagnostic des affections de l'oreille. (*Ann. mal. de l'or.*, oct.) — BLAKE. Du vertige auriculaire dû aux affections intratympaniques. (*Ibid.*) — BOTEY. La ponction de la fenêtre ronde dans les vertiges, bourdonnements et quelques affections du labyrinthe, 2e mémoire. (*Ibid.*) — ANDERODIAS. Labyrinthite syphilitique double guérie en sept semaines. (*Arch. int. de lar.*, X, p. 579.) — DUEL. Dilatation rapide des rétrécissements de la trompe par l'électrolyse. (*Laryngoscope*, juillet.) — EVANS. Otite moyenne aiguë catarrhale et suppurée. (*Medicine*, sept.) — PARKER. Remarques sur l'otite moyenne, sur la syphilis de l'oreille ; cas de rhinolite et dent accessoire dans le nez. (*J. Amer. med. Ass.*, 9 oct.) — NICHOLS. Otite moyenne suppurée aigue et chronique. (*Manhattan hosp. Rep.*, IV, p. 39.) — HARRIS. Affection de l'oreille interne. (*Ibid*, p. 52.) — LEDERMAN. Furonculose du conduit externe. (*Ibid.*, p. 46.) — LEWIS. Angionévrose de la langue par suite d'applications d'acide chromique sur des granulations du tympan. (*N.-York med. j.*, 9 oct.) — VANSANT. De l'usage de la chaleur sèche dans le traitement des maladies de l'oreille moyenne. (*J. Amer. med. Ass.*, 2 oct.) — JACK. Quelques indications relatives à la perforation de la membrane du tympan. (*Med. Record*, 19 août.) — GRUBER. La paracentèse du tympan. (*Wien. klin. Rundsch.*, 17 oct.) — WURDEMANN. Indications de la paracentèse dans l'otite moyenne aiguë. (*Laryngoscope*, sept.) COHEN-KYSPER. Traitement par les piments digestifs, de la surdité due aux suites d'inflammations catarrhales ou suppurées de la caisse. (*Arch. of otol.*, XXVI, p. 158.) — STOUT. Ecoulement abondant de liquide séreux après une opération sur l'étrier. (*Laryngoscope*, sept.) — GERONZI. Paralysie faciale d'origine otique ; paralysie labio-glossolaryngée unilatérale par dégénérescence ascendante de la 7e paire. (*Arch. ital. di otol.*, V, p. 503.) — COZZOLINO. La chirurgie du canal de Fallope dans la paralysie faciale otitique. (*Ibid.*, V. p. 385.) — FORNS. Pourquoi les otites moyennes sont-elles si fréquentes et les mastoïdites si rares ? Explication de ce phénomène par des découvertes anatomiques personnelles. (*Ann. mal de l'or.*, août.) — LAURENS. Un cas de périostite mastoïdienne. (*Ann. mal. de l'or.*, août.) — HAENEL. Carie tuberculeuse de l'oreille moyenne perforation des fenêtres ronde et ovale. (*Arch. of otol.*, XXVI, p. 130.) — SCHEPPEGRELL. Mastoïdite compliquant une otite moyenne suppurée, élargissement de la perforation tympanique, lavage de la caisse, guérison. (*Laryngoscope*, juill.) — STILLSON. Double mastoïdite avec abcès de la fosse sphéno-maxillaire et du cou. (*Ibid.*, août.) — BONAIN. Contribution à la chirurgie de l'oreille, considérations sur l'ostéo-périostite mastoïdienne suite d'otite moyenne. (*Arch. int. de lar.*, X, p. 476.) — BUCK. Remarques sur le traitement non opératoire des affections chroniques suppuratives de la cavité du tympan. (*Med. Record*, 25 sept.) — CHIUCINI. A propos de l'incision de Wilde. (*Arch. ital. di otol.* V, p. 225.) — DE ROSSI. Quelques stapédectomies. (*Ibid.*, V, p. 449.) — FERRERI. De l'extraction du marteau et de l'enclume dans les suppurations chroniques de l'oreille moyenne. (*Ibid.*, V, p. 449.) — SMITH. Empyème mastoïdien avec symptômes anormaux. (*Therap. Gaz.*, 16 août.) — HOLT. Cinq cas d'opération mastoïdienne. (*Int. j. of surg.*, sept.) — WOODWARD. Complications intracraniennes, suite d'otite moyenne suppurée. (*N.-York med. j.*, 9 oct.) — RAY. Les complications intracraniennes des otites suppurées. (*Laryngoscope*, août.) — BISHOP. Traitement de l'otite moyenne chronique suppurée. (*Ibid.*) — MAUCLAIRE. Récidive de mastoïdite et d'otite moyenne suppurée, méningite suppurée, mort. (*Soc. anat. Paris*, 18 juin.) STEINBRUEGGE. Abcès cérébral d'origine otique. (*Deut. med. Woch.*, 7 oct.) — POLI. Otite moyenne purulente, accidents cérébraux, craniotomie explora-

trice, tubercule du pédoncule cérébral. (*Arch. ital. di otol.*, V, p. 377.) — GERONZI. Du moment étiologique des complications cérébrales d'origine otique. (*Ibid.*, VI, p. 124.) — G. GRADENIGO. Diagnostic des abcès cérébelleux otiques. (*Ibid.*, p. 161.) — GRADENIGO. Technique opératoire des abcès cérébraux d'origine otique. (*Ibid.*, V, p. 559.) — AVOLEDO. La craniotomie dans les suppurations otiques. (*Ibid.*, V, p. 127.) — MONGARDI. Ouverture de l'oreille par la méthode de Stacke Kuster, avec bons résultats pour l'audition. (*Ibid.*, V, p. 109.) — CHURCH. Thrombose du sinus latéral. (*Laryngoscope*, août.) — DAY. Mastoïdite avec thrombose du sinus latéral (*Ibid.*) — HOFFMANN. Thrombose étendue mais non infectieuse de plusieurs sinus cérébraux et de la veine jugulaire, suite de blessure, opération du sinus latéral. (*Arch. of otol.*, XXVI, p. 175.) — EULENSTIEN. Pyémie otitique guérie par la résection de la veine jugulaire interne thrombosée. (*Ibid.*, XXVI, p. 147.) — RICCI. Ablation des tampons de cérumen. (*Boll. mal. dell' Orecchio*, XV, p. 215.) — BASTANIER. De la perforation traumatique du tympan ; des corps étrangers de l'oreille (*Thèse de Berlin.*) — SCHAEFER. Des brûlures de l'oreille. (*Thèse de Munich.*) — GALETTI. Des fractures indirectes du conduit auditif externe. (*Arch. ital. di otol.*, V, p. 19.) — GOLDSTEIN. Fracture du conduit externe cartilagineux amenant une occlusion complète. (*Laryngoscope*, sept.) — TRESILIAN. Sténose du conduit auditif externe, 2 cas. (*Brit. lar. ass.*, 30 avril.) — CIARROCCHI. Un cas de lupus pernio du pavillon de l'oreille. (*Arch. ital. di otol.*, V, p. 353.) — RONCALI. Du sarcome du pavillon de l'oreille. (*Ibid.*, p. 513.) — BRONNER. Cholestéatome de l'attique datant de 20 ans, simulant une mastoïdite. (*Lancet*, 23 oct.) — PANSE. Le cholestéatome de l'oreille. (*Klin. Vort. Geb. der Otologie*, II, 4.) — HEILE. Des tumeurs malignes du pavillon de l'oreille. (*Thèse de Gœttingue.*) — HAMON DU FOUGERAY. Un cas d'épithélioma primitif de la caisse du tympan développé à la suite d'une otite moyenne purulente chronique datant de 12 ans. (*Ann. mal. de l'or.*, août.) — COUDRAY et DUBAR. Epithélioma pavimenteux lobulé en dégénérescence colloïde du lobule de l'oreille. (*Soc. anat. Paris*, 9 juill.) — BARR et NICOLL. Tumeur maligne du cerveau partie de l'oreille moyenne chez un enfant de douze ans, symptômes simulant l'abcès temporo-sphénoïdal, ouverture de la mastoïde et du crâne, ablation partielle de la tumeur, arrêt de la respiration sous le chloroforme, trachéotomie, mort 2 mois et demi après l'opération (sarcome alvéolaire). (*Brit. med. j.*, 16 oct.) — JOSEPH. Opération pour oreilles d'âne. (*Berl. klin. Woch.*, 2 nov. 1896.)

Oreillons. — MERLIN. Sur le microbe des oreillons. (*Dauphiné méd.*, juill.) — BECIGNEUL. 16 cas de localisation des oreillons sur les organes génitaux. (*Gaz. méd. Nantes*, 30 oct.)

Os. — GHILLINI. Influence des lésions nerveuses sur le développement des os. (*Rev. d'orthop.*, VIII, p. 325.) — DELBET. Expériences sur la résistance du radius aux pressions verticales. (*Soc. anat. Paris*, 25 juin.) — DENT. Périostite suite de fatigue musculaire. (*Practitioner*, oct.) — KUESTER. De l'ostéite fibreuse. (*Archiv für klin. Chir.*, LV, p. 594.) — STEVEN. Un cas d'ostéo-arthropathie pulmonaire hypertrophique sans affection pulmonaire. (*Glasgow med. j.*, oct.) — MOUCHET. Ostéo-arthrite tuberculeuse du coude à foyer huméral. (*Gaz. hebd. Paris*, 6 août.) — WIENER. Statistique des ostéo-arthrites tuberculeuses traumatiques. (*Thèse de Breslau.*) — DUBOUSQUET-LABORDERIE. Tuberculose osseuse à foyers multiples, névrite ascendante avec accidents tétaniformes et graves complications, amputation de la jambe, guérison. (*Soc. de méd. et chir. prat.*, 6 mai.) — MUELLER. Des abcès des os. (*Arch. f. klin. Chir.*, LV, p. 782.)—

Binda. Pathogenèse de l'ostéomyélite à staphylocoque. (*Arch. de méd. exp.*, IX, p. 931.) — Mann. De l'ostéomyélite aiguë des os spongieux. (*Thèse d'Erlangen.*) — Tailhefer. Ostéomyélite chronique d'emblée d'une côte. (*Arch. prov. de chir.*, VI, p. 103.) — Mouchet. Volumineuse exostose du fémur chez un vieillard de 63 ans, atteint d'arthrite sèche. (*Soc. anat. Paris*, 11 juin.) — Martin. Ostéome du vaste interne de la cuisse gauche, considération sur les ostéomes musculaires en général. (*Gaz. des hôp.*, 5 oct.) — Fraikin. Ostéo-enchondro-sarcome de la cuisse. (*J. méd. Bordeaux*, 17 oct.) — Braquehaye. Ostéosarcome du bras gauche. (*Ibid.*, 10 oct.) — Ransohoff. Sarcome périostique du fémur, ablation. (*Trans. Amer. surg. Assoc.*, XIV, p. 443.) — Wiart. Sarcome du radius récidivé, ablation de la moitié supérieure du radius. (*Soc. anat. Paris*, 23 juillet.) — Barnsby. Sarcome télangiectasique de la tête du péroné. (*Ibid.*, 23 juil.) — Barnsby. Chondrome pur du calcanéum. (*Ibid.*) — Mermet et Lacour. Chondrofibrome de l'extrémité supérieure de l'humérus. (*Ibid.*) — Ombredanne. Lymphosarcome du tibia succédant à une ancienne lésion osseuse tuberculeuse. (*Ibid.*, 11 juin.) — Samfirescu. Nouvelle opération ostéoplastique. (*Bull. Soc. méd. Jassy*, XI, 1.)—V. Eiselsberg. Guérison des pertes de substance du tibia par des lambeaux ostéopériostiques. (*Arch. f. klin. Chir.*, LV, p. 435.) — Bernhardt. De l'ostéomalacie. (*Münch. med. Woch.*, 13 avril.)

Ovaire. — V. Franque. De la tuberculose des organes génitaux, en particulier de l'ovaire. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXVII, p. 185.) — Orthmann. De la tuberculose de l'ovaire. (*Ibid.*, p. 321.) — Goldspohn. Le sort des ovaires dans les rétrodéplacements utérins. (*Amer. j. of obst.*, oct.) — Boyd. De l'oophorectomie dans le cancer. (*Brit. med. j.*, 2 oct.) — Jaya. Greffes ovariennes. (*Soc. anat. Paris*, 16 juill.) — Burckhard. Sur la genèse des kystes multiples de l'ovaire. (*Arch. f. path. Anat.*, CXLIV, 3.) — Yamagiwa. 2 cas de kystes dermoïdes de l'ovaire avec dégénération carcinomateuse et métastase. (*Ibid.*, XLVII, 1.) — Villar. Kyste de l'ovaire contenant un liquide noir, chez une jeune fille de quinze ans et demi. (*J. méd. Bordeaux*, 10 janv.) — Boursier. Sur la rupture intra-péritonéale des kystes colloïdes de l'ovaire, à propos d'un cas de rupture avec ascite gélatineuse, ovariotomie, guérison. (*Ann. de gyn.*, avril.) — Duhrssen. Ablation d'un kyste ovarique de 20 livres et des annexes droites tuberculeuses, par laparotomie vaginale. (*Berlin. klin. Woch.* p. 483, 31 mai.) — J. L. Reverdin. Ovariotomie pour kyste de 45 kilogrammes, contenant 35 litres de liquide chez une femme de 57 ans; ptose consécutive du rein gauche. (*Rev. méd. Suisse romande*, mars, p. 201.) — Gow. Série de 50 ovariotomies. (*Lancet*, 6 nov.) — Michel. Epithélioma de l'ovaire. (*J. méd. Bordeaux*, 24 oct.)

P

Palais. — Fieux. Du millet du palais et de l'origine de certaines pseudo-ulcérations de la voûte palatine chez le nouveau-né. (*Rev. mens. mal. de l'enf.*, oct.) — Kaminski. 2 cas d'insuffisance du voile, nouveau procédé de mensuration de la longueur de la voûte palatine. (*Thèse de Leipzig.*) — Niedermayer. Déchirure du voile du palais par un traumatisme. (*Wiener

med. Blätter, 24 juin.) — BROWNE. Epithélioma du voile du palais. (*J. of laryng.*, sept., p. 495.) — GOODALL. Procédé pour fixer les difformités de la voûte palatine. (*J. of mental sc.*, oct.) — SAPIEJKO. Nouveau procédé d'uranoplastie après résection du maxillaire supérieur atteint de tumeur maligne. (*Rev. de Chir.*, oct.)

Paludisme. — LAVERAN. Géographie médicale du paludisme. (*Janus*, mars.) — MARCHOUX. Le paludisme au Sénégal. (*Arch. de méd. nav.*, oct. et *Ann. Inst. Pasteur*, XI, p. 640.) — BATTEN. La malaria est-elle d'origine hydrique? (*J. Amer. med. Assoc.*, 14 août.) — FACCIOLA. Sur les microcoques de la malaria. (*Arch. ital. de biol.*, XXVII, p. 439.) — DUGGAN. Parasites du paludisme dans les fièvres de Sierra-Leone. (*Med. chir. Trans.*, LXXX, p. 213.) — WOODSON. La biologie du parasite de la malaria. (*J. Amer. med. Ass.*, 7 août.) — CORONADO. L'unité du paludisme. (*Cong. de Moscou*, *Méd. mod.*, 4 sept.) — MOSSÉ. Excrétion urinaire après les accès palustres. (*Ibid.*) — SAHAROW. Les différentes formes de fièvres palustres ont-elles pour cause un parasite unique. (*Ibid.*) — PAPINIO. Immunité malarique chez le fœtus. (*Riforma med.*, 21 oct.) — LAVERAN. Des fièvres palustres larvées. (*J. des Praticiens,* 31 juill.) — POWELL. Valeur pronostique de l'herpès dans les attaques de paludisme. (*Brit. j. of derm.*, sept.) — REGNAULT. Polynévrite paludéenne. (*Rev. de méd.*, sept.) — PULVIRENTI. Nouvelles sources et voies de l'infection paludique. (*Gaz. d. Osped.*, 3 oct.) — PANEGROSSI. La quinine dans la malaria. (*Ibid.*) — SLAGLE. Le traitement des fièvres paludiques. (*Therap. Gaz.*, 15 oct.)

Pancréas. — WILLIAMS. Relation de la nécrose graisseuse avec le pancréas. (*J. Amer. med. Ass.*, 7 août.) — SIMPSON. De l'hémorragie pancréatique et rétro-péritonéale. (*Edinb. med. j.*, sept.) — GINESTOUS et ROTHAMEL. Cancer de la tête du pancréas et cancer du foie. (*J. Méd. Bordeaux*, 8 août.) — HEINRICIUS. Des kystes du pancréas. (*Finska läkar. handlingar.*, XXXIX, p. 838.)

Pansement. — PREOBRAJENSKI. Les bases physiques du traitement antiparasitaire des plaies. (*Ann. Inst. Pasteur.*, XI, p. 699.) — RADMANN. Du traitement aseptique des plaies. (*Thèse de Leipzig.*) — MAREY. La suture des plaies. (*Brit. med. j.*, 9 oct. et *J. Amer. med. Ass.*, 2 oct.) — CHENOWETH. De l'extraction des ligatures non résorbables. (*Med. News*, 18 sept.) — HUGHES. Les suites de ligatures et de sutures perdues. (*Amer. j. of Obst.*, oct.) — PRICE. Lésions post-opératoires et leurs suites. (*Ibid.*) — WALKER. Technique de la méthode sèche. (*Ibid.*) — R. KOSSMANN. De la stérilisation du catgut. (*Berlin. klin. Wochens.*, 8 mars.) — BORDEN. Catgut antiseptique résorbable lentement. (*N.-York. med. j.*, 18 sept.) — HAEGLER-PASSAVANT. Suture avec les fils en bronze d'aluminium. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 1er avril.) — KLIEN. Appareil de stérilisation pour pansements. Porte-catgut transportable. (*Münch. med. Woch.*, 15 juin.) — CHALLAN DE BELVAL. Stérilisation pratique des objets de pansement. (*Marseille méd.*, 1er juill.) — V. ESMARCH. Méthode d'ischémie artificielle. (*Berlin. klin. Woch.*, 6 juin.) — HARRINGTON. Le drainage à la gaze. (*Boston med. jour.*, 12 août.) — DEBUCHY. Du pansement à l'acide picrique. (*Bull. gén. de thérap.*, 23 août.) — EVERS. Des pansements antiseptiques à l'argent. (*Thèse de Gœttingue.*) — SALZWEDEL. Des pansements prolongés à l'alcool. (*Berlin. klin. Woch.*, 16 nov. 1896.) — MEYER. Formation de cellules géantes et de corps étrangers sous l'influence de l'iodoforme. (*Arch. f. klin. Chir.*, LV, p. 676.) — G. JULLIARD. De l'emploi du dermatol en chirurgie. (*Revue médic. Suisse romande*, fév.)

Paralysie. — Placzek. Paralysie chez l'enfant d'origine intrautérine. (*Berlin. klin. Woch.*, 12 oct. 1896). — Clarke. Traitement chirurgical de la paralysie spasmodique de l'enfant. (*Lancet*, 9 oct.) — G. Gasne. Deux cas de paraplégie spasmodique. (*Gaz. hebd. Paris*, 11 avril.) — Lodor. Pronostic dans le traitement de l'hémiplégie. (*Medicine*, oct.) — Laurent. Les injections sous-cutanées de caféine dans le traitement des hémiplégies au début. (*J. de Méd. et de Chir. prat.*, 10 oct.) — Lœwenthal. Des paralysies multiples unilatérales des nerfs cérébraux. (*Thèse de Leipzig.*) — Remlinger. Paralysie ascendante aiguë expérimentale. (*Soc. de biol.*, 23 oct.) — Rose. De la paralysie pseudo-bulbaire apoplectique. (*Thèse de Strasbourg.*) — Kalischer. Paralysie asthénique bulbo-spinale. (*Berlin. klin. Woch.*, 4 janv.) — Fry. Paralysie agitante consécutive à la fièvre typhoïde à 34 ans. (*J. of nerv. dis.*, août.) — Luzzatto. Urologie dans la maladie de Parkinson. (*Riv. venet. sc. med.*, 31 août.)

Paralysie générale. — Krafft-Ebing. Etiologie de la paralysie générale. (*Rev de psych., en russe*, sept.) — Hoche. Sur le diagnostic précoce de la paralysie générale. (*Gaz. Lek., suppl.*) — De Montyel. Du réflexe pharyngien étudié sur les mêmes malades aux trois périodes de la paralysie générale. (*Arch. de phys.*, IX, p. 921.) — Carrière et Rainguet. Paralysie générale spinale subaiguë de l'adulte. (*J. Méd. Bordeaux*, 1er août.) — Paris. Périodes terminales et mort dans les soi-disant paralysies générales progressives. (*Arch. de neur.*, oct.) — Greidenberg. La paralysie générale de la femme. (*Vratch*, 28 août., et *Méd. mod.*, 1er sept.) — Robert Neudörffer. Démence paralytique. Mort par suffocation. État criblé. Dégénération kystique. Méningite tuberculeuse. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXLVI, p. 3.

Parole. — De Vescovi. Vision chromatique de la parole. (*Arch. ital. di. Otol.* V, p. 273.) — Makuen. 200 cas de troubles de la parole. (*Therap. Gaz.*, 15 sept.) — d'Ercole. Présentation de deux cas de bégaiement fonctionnel. (*Giorn. Accad. di Medic. Torino*, mai.)

Paupière. — Rumschewistch. Angiome caverneux de la paupière. (*Klin. Mon. f. Aug.*, sept.) — Kiernan. Double ptosis hystérique. (*Medicine*, oct.) — Maher. Opération pour trichiasis dû à un ectropion cicatriciel. (*Arch. of opht.*, XXVI, p. 340.) — Adjemian. De l'application de la greffe cutanée au traitement de l'ectropion cicatriciel. (*Arch. d'opht.*, XVII, p. 487.)

Peau. — Morris. Les progrès en dermatologie. (*Med. Record*, 18 sept.) — Pelagatti. Des blastomycètes et de la dégénérescence hyaline. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXV, p. 157.) — Walker. Les maladies de la peau produites par les champignons. (*Scottish med. j.*, sept.) — Wiggin et Fordyce. Dermatite papillaire maligne. (*N. York med. j.*, 2 oct.) — Leven. Un cas de dermatose linéaire névropathique, (*Deutsche. med. Wochens.*, 7 oct.) — Bukowsky. Dermatite herpétiforme de Duhring. (*Wien. med. Presse.*, 3 oct.) — Hyde. Rapports de la tuberculose avec les maladies de peau autres que le lupus. (*J. of cut. dis.*, oct.) — Jessner. Tuberculose cutanée frambœsioïde disséminée. (*Atlas int. mal. peau.*, n° 13.) — Lier. Le mal de Pinto. (*J. mal. cutan.*, 6.) — Jordan. Un cas d'atrophie diffuse sénile et d'hyperpigmentation de la peau. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXV, p. 373.) — De Amicis. La sarcomatose de la peau. (*Ibid.*, XXV, p. 309.) — Galloway. Forme de pigmentation pathologique précédant les tumeurs malignes de la peau. (*Brit. med. j.*, 2 oct.) — F. Selberg 1 cas de cancroïde de la peau sur un enfant de 6 mois. (*Arch. f. pathol.*

Anat., CXLV, 1.) — EPPENHEIM. Carcinome fongueux de la peau. (*Thèse de Wurzbourg.*) — JUMELAIS. Sur la nécessité de l'antisepsie dans les maladies de la peau en général. (*Thèse de Paris.*) — SCHUBERT. Influence de la saignée dans quelques dermatoses invétérées. (*Berl. klin. Woch.*, 19 avril.) — PASCHKIS. Le xéroforme en dermatologie et en gynécologie. (*Wien. klin. Runds.*, 17 oct.) — KLOTZ. Solutions fortes d'ichtyol dans les inflammations aiguës et chroniques de la peau. (*J. of cut. dis.*, oct.)

Pemphigus. — SICHEL. Pemphigus contagieux. (*Brit. med. j.*, 30 oct.) — DU CASTEL. Pemphigus au cours de la convalescence de la rougeole. (*J. des Praticiens*, 25 oct.)

Périnée. — DE OTT. Contribution aux principes dans le choix des méthodes de la réfection du plancher pelvien et de la paroi abdominale. (*Rev. de gyn.* sept.) — KUESTNER. De la valeur fonctionnelle de la procto-périnéoplastie. (*Cent. f. Gyn.*, 30 oct.)

Péritoine. — SENN. Classification des péritonites aiguës. (*Rev. de gyn.*, I, p. 647 et *Med. Record*, 28 août.) — DURHAM. Recherches sur les infections péritonéales. (*Med. chir. Trans.*, LXXX, p. 191.) — GLASER. De la péritonite chronique avec formation de pmammomes multiples. (*Thèse de Wurzbourg.*) — BARBACEI. Sur les altérations histologiques de quelques viscères abdominaux dans le cours de la péritonite par perforation. (*Lo Sperimentale*, LI, p. 5.) — ALIBERT. Péritonite tuberculeuse avec ascite. (*France méd.*, 23 juill.) — DURAN. Traitement de la péritonite tuberculeuse par les insufflations d'air dans la cavité abdominale. (*Cong. de Moscou.*, *Méd. mod.*, 22 sept.) — DU CAZAL. Péritonite tuberculeuse traitée par les injections de naphtol camphré. (*Soc. méd. hôp.*, 14 mai.) — MAURANGE. Traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse. (*Gaz. hebd.*, *Paris*, 26 sept.) — GLUCK, SONNENBURG. Laparotomies pour péritonites tuberculeuses. (*Berlin. klin. Woch.*, 29 juin 1896.) — M. WESTPHAL. Guérison de la tuberculose péritonéale par la laparotomie. (*Cent. f. Gyn.*, 16 oct.) — FILIPOW. Sur les tumeurs primitives du mésentère et leur traitement chirurgical. (*Karkoff.*)

Peste. — METCHNIKOFF. La peste bubonique. (*Ann. Inst. Pasteur*, XI, p. 737.) — L. COLIN, BROUARDEL. Sur l'épidémiologie de la peste. (*Bull. Acad. de méd.*, 13 avril.) — HAUCHECORNE. De la peste. (*Therap. Mon.*, oct.) — LEFEBVRE. Sur la peste. (*Bull. Acad. méd. Belgique*, n° 1.) — LOUCH. De la peste. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 mai.) — LEREBOULLET, QUEIREL, NETTER, DUCLAUX, TREILLE. Sur la peste. (*Rev. d'hyg.*, mars.) — QUEIREL. La peste et les Marseillais. (*Marseille méd.*, 1er avril.) — BONNEAU. Etudes sur la peste de Bombay. (*Arch. de méd. nav.*, sept.) — METCHNIKOFF. Les progrès des sciences dans l'étude de la peste et dans la lutte contre elle. (*Arch. russes de pathol.*, août.) — WISSOKOWITZ et ZABOLOTNY. Recherches sur la peste bubonique. (*Ann. Inst. Pasteur.*, XI, p. 663. et *Bull. méd.*, 18 juill.) — RIUREANU. La peste, étude étiologique, bactériologique et prophylactique. (*Thèse de Paris.*) — KAZANSKI. La peste, les microbes de la peste et action sur eux des substances antiseptiques. (*Kazan.*) — HANKIN. Le rôle des insectes et des rats dans la diffusion de la peste. (*Cent. f. Bakt.*, XXII, p. 437.) — HANKIN et LEUMANN. Méthode de diagnostic rapide du microbe de la peste. (*Ibid.*, p. 438.) — GORDON. Sur le bacille de la peste, (*Ibid.*, XXII, p. 170.) — DEVELL. La susceptibilité de la grenouille à l'infection par la peste. (*Ibid.*, XXII, p. 382.) — KOLLE. Bactériologie de la peste. (*Berlin. klin. Woch.*, 15 mars.) — VAN DER STRICHT. Lésions ana-

tomopathologiques produites par le microbe de la peste. (*Bull. Acad. de méd., Belgique.*, n° 3.) — Nepveu. Lésions du cerveau dans la peste. (*Soc. de biol.*, 2 oct.) — Lewmann. Un cas de peste simulant la fièvre typhoïde. (*Practitioner*, sept.) — Lustig et Galeotti. Sur la vaccination des animaux contre la peste bubonique, et sur le sérum curatif qu'on en retire. (*Settimana med.*, 10 avril.)

Pharmacologie. — Dupuy. La formule médicale, principes généraux de pharmacologie sur lesquels reposent sa rédaction et son exécution (in-18, *Paris.*) — Dohme. La chimie pharmaceutique, la pharmacologie et la pharmacophysique, pierres angulaires de la médecine scientifique. (*J. Amer. med. Ass.*, 4 sept.) — Brissemoret et Joanin. La digitale. (*Presse méd.*, 22 sept.) — Wilcox. Etude clinique du strophantus. (*J. Amer. med. Ass.*, 11 sept.) — Houghton. La pharmacologie du strophantus. (*Ibid.*) — Battistini et Scofone. Sur l'action physiologique du bromydrate d'arécoline. (*Giorn. Accad. di Medic. Torino.*, mai.) — Guinard. Sur l'action vomitive de l'apomorphine. (*Lyon méd.*, 5 sept.) — Drescher. Notes chimiques et physiologiques sur l'échium vulgare. (*Med. Record*, 9 oct.). — Mermet et Serini. Absorption du curare par l'œil. (*Soc. de biol.*, 2 oct.) — Matthews. Action de l'aconitine sur le cœur et la circulation. (*J. of exp. med.*, II, p. 593.) — Huchard. Variabilités dans l'action de la théobromine. (*Soc. de thérap.*, 15 oct.) — Duyk. Note sur l'apiol officinal. (*Bull. Acad. de Méd., Belgique.*, n° 1.) — Bingartz. De l'amyloforme et du dextroforme. (*Münch. méd. Woch.*, 1er juin.) — Schiffer. Du glutol. (*Thèse de Munich.*) — Treumann. De la tannalbine (*Münch. med. Woch.*, 4 mai.) — Sack. De l'ichtyalbine. (*Mon. f. prakt. Derm.* XXV, p. 365.) — Hermann. Etude sur l'eudermol. (*Thèse de Leipzig*). — Hanriot et Richet. Les chloraloses. (*Arch. de pharmacod.*, III, 3 et 4.) — Tomlinson. Etude clinique sur la solution de nucléine. (*J. Amer. med., Ass.*, 4 sep.) — De Renzi et Reale. Recherches chimiques et cliniques sur les échanges de la nucléine, notamment en ce qui concerne son groupe hydrocarboné. (*Riv. clin. e terap.*, juill.) — Feuerstein. Le pyramydone. (*Cent. f. ges. Therap.*, oct.) — Klimenko. Sur le salophnène. (*Vratch*, 18 sept). — Mebert. Action du diiodacétylène. (*Thèse de Greifswald.*) — Sievers. Action de la triacéto-amincyanhydrine. (*Thèse de Kiel.*) — Engelhardt. Action physiologique et emploi du trimétylchlorure d'ammonium. (*Thèse de Gœttingue*). — Depaire. Note sur l'emploi de l'hydromel dans la préparation des vins médicinaux. (*Bull. Acad. de Méd., Belgique*, n° 4.) — Duyk. L'échauffement sulfurique appliqué à l'examen des huiles essentielles. (*Ibid.*, XI, p. 652.) — Vreven. Sur un nouveau procédé de différentiation de l'atropine et de l'hyoscine. (*Ibid.*, p. 657.) — Modica. Action aiguë du sélénium. (*Sperimentale*, LI, p. 182.) — Vigier. Sur le benzoate de bismuth. (*France méd.*, 2 juill.) — Mueller. Action du cyanacétate de potasse. (*Thèse de Kiel.*) — Macallum. Moyen de distinguer les composés organiques et inorganiques du fer. (*J. of phys.*, XXII, p. 92.) — Sakharoff. Rôle du fer dans les phénomènes de la vie et de la mort des cellules. (*Arch. russes de pathol.*, juill.)

Pharynx. — Meltzer. Mécanisme de la déglutition. (*J. of exp. med.*. II, p. 453). — Jacquin. De la toux pharyngée. (*Rev. hebd. de lar.*, 25 sept.) — Yonge. Prédominance des maladies de la gorge chez les professeurs femmes à Manchester. (*Brit. med. j.*, 25 sept.) — Koppel. Causes et fréquence du catarrhe des voies aériennes supérieures. (*St-Petersb. med. Woch.*, 26 oct.) — Letainturier de la Chapelle. Infection d'origine naso-pharyngienne, néphrite et endocardite. (*Thèse de Paris.*) — Clutton. Abcès pha-

ryngé, hémorragie, ligature des carotides. (*Med. chir. Trans.*, LXXX, p. 383.) — MUNGER. Abcès rétro-pharyngien. (*Manhattan hosp. Rep.*, IV, p. 88.) — GRANT. Projection antérieure des vertèbres cervicales simulant des adénoïdes. (*J. of Laryng.* sept., p. 497.) — GRADENIGO. Sur l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée. (*Ann. mal. de l'or.*, août.) — REY. Les végétations adénoïdes. (*Jahrb. f. Kind.*, XLV, p. 316.) — MOULTON. Symptômes obscurs dus à des lésions de l'amygdale pharyngée. (*Laryngoscope*, août.)— SCHWARTZ. Des rapports entre la forme du crâne et l'hyperplasie de l'amygdale pharyngée. (*Zeit. f. Ohr.*, XXX, 4.) — JOUSSET. Végétations adénoïdes du pharynx nasal chez le nourrisson. (*Echo méd. Nord*, 17 oct.) — CUVILLIER. Les végétations adénoïdes pendant la première enfance. (*Gaz. des hôp.*, 7 sept.) — GOMEZ. Les adénoïdites aiguës chez les adultes. (*Méd. mod.*, 15 sept.) — ARROWSMITH. Etude de 701 cas d'adénoïdes observés chez 2,000 malades. (*N.-York. med. j.*, 28 août.) — GRANT. Des tumeurs adénoïdes, leur présence, leurs récidives, méthode d'opération. (*J. of Laryng.*, août.) — BONAIN. Des troubles causés par les végétations adénoïdes chez les adolescents et les adultes. (*Rev. hebd. de lar.*, 25 sept.) — NÆGELI-AKERBLOM. Emploi de l'anesthésie dans l'ablation des tumeurs adénoïdes. (*Therap. Mon.*, oct.) — LERICHE. Traitement des végétations adénoïdes pharyngo-nasales par la cure des Eaux-Bonnes. (*Gaz. des Eaux*, 10 juin.) — LERICHE. Traitement des végétations adénoïdes par les eaux sulfureuses. (*Bourgogne méd.*, juin.) — HARTMANN. Opération des adénoïdes sous la vue directe avec la pince droite. (*Deut. med. Woch.*, 7 oct.) — LENZMANN. De l'opération des végétations adénoïdes, la question de l'anesthésie. (*Therap. Mon.*. sept.) — PROCHASKA. Le bacille pseudo-diphtérique de la gorge. (*Zeit. f. Hyg.*, XXIV, 3.) — WHITTAKER. Lésion de la gorge dans la syphilis héréditaire. (*Laryngoscope*, sept.) — D'ERCOLE. Nouvelle aiguille bipolaire pour l'électrolyse de la cavité pharyngo-nasale. (*Boll. mal. dell' orecchio.*, XV, p. 209.) — SPENGLER. Le parachlorophénol dans les affections des voies respiratoires supérieures. (*Mon. f. Ohr.*, juill.) — ANDERODIAS. Polype naso-pharyngien. (*J. méd. Bordeaux*, 25 juill.) — HUBBARD. Fibro-sarcome du naso-pharynx et de la fosse cérébrale moyenne. (*Arch. of Otol.*, XXVI, p. 168.) — KRŒNLEIN. Du cancer du pharynx et de l'extirpation du pharynx. (*Beit. z. klin. Chir.*, XIX, p. 61.) — ETIÉVANT. L'ostéotomie médiane de l'os hyoïde et la pharyngotomie transhyoïdienne de Vallas. (*Gaz. des hôp.*, 25 sept.)

Physiologie. — WALLER. Eléments de physiologie humaine traduits par Herzen sur la 3e édit. (In-8°, 756 p., *Paris.*) — LAUDER BRUNTON. Des relations qui existent entre la physiologie, la pharmacologie, la pathologie et la médecine pratique. (*Méd. mod.*, 25 août.) — MAREY. La méthode graphique et les sciences expérimentales. (*Rev. scient.*, 7 août.)

Pied. — BRADFORD. Le pied humain dans les beaux-arts. (*Boston med. Jour.*, 23 sept.) — LEDDERHOSE. Pathologie des aponévroses du pied et de la main. (*Arch. f. klin. Chir.*, LV, p. 694.) — ELLIS. Quelques points de la physiologie chirurgicale du pied. (*Med. chir. Trans.*, LXXX, p. 171.) — FÉRÉ. Tarsalgie double et lipomes symétriques de la voûte plantaire. (*Progrès méd.*, 28 avril.) — SYMS. Le bunion (orteil en marteau), étiologie traitement. (*N.-York. med. j.*, 2 oct.) — ROSE. De l'orteil en marteau et son traitement. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLVI, p. 210.) — MERMET. Le traitement chirurgical de l'hallus valgus. (*J. des Praticiens*, 7 août.) — ALLIS. Ankylose métarso phalangienne pour remplacer l'amputation dans le cas d'orteils déformés. (*Trans. Amer. surg. Assoc.*, XIV, p. 479.) — SCHULTE. De l'ulcère du pied. (*Arch. f. klin. Chir.*, LV, p. 872.)— V. LEVSCHIN. Nouveau

procédé d'ostéoplastie de la jambe après la désarticulation du pied. (*Ibid.*, p. 896.) — Franke. Pied-bot paralytique guéri par greffe du tendon du jambier antérieur. (*Berlin. klin. Wochens.*, 24 mai.) — Rottler. Du pied varus équin paralytique après la blessure du nerf sciatique. (*Thèse de Greifswald.*) — Bothezat. Description anatomique de deux pieds-bots. (*Bull. Soc. méd. Jassy*, XI, 2.) — Lange. Traitement du pied plat. (*Münch. med. Woch.*, 27 juill.)

Placenta. — Franque. Des modifications histologiques du placenta et de ses rapports avec la mort du fœtus. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXVII, p. 277.) — Huelsemann. Les cas de placenta prævia à la clinique de Marbourg. (*Thèse de Marbourg.*) — Chop. Du placenta prævia, 159 cas. (*Thèse de Berlin.*) — Thébaud. Placenta prævia par glissement. (*Thèse de Paris.*) — Fieux. 5 obs. relatives au traitement de l'hémorragie par insertion basse du placenta. (*Ann. de Gyn.*, sept.) — Wenning. Placenta prævia et son traitement. (*Amer. j. of obst.*, oct.) — Maridort. Etude historique et critique des différents traitements du placenta prævia. (*Thèse de Paris.*)

Plèvre. — Melsome. Les limites inférieures de la cavité pleurale. (*Ann. of surg.*, oct.) — Mollard et Bernoud. Remarques cliniques sur un cas de péripleurite. (*J. des Praticiens*, 2 oct.) — Poliakow. Traitement des pleurésies séreuses par le salicylate de soude. (*Arch. russes de pathol.*, août.) — Puissan. Un cas de pleurésie pulsatile. (*J. méd. Bordeaux*, 22 août.) — West. Empyème pulsatile. (*Med. chir. Trans.*, LXXX, p. 239.) — Béclère. Un cas d'empyème pulsatile tuberculeux guéri après une seule ponction, présentation du malade à trois années d'intervalle. (*Soc. méd. des hôp.*, 23 juill.) — Reverdin. Pleurésie purulente ancienne traitée par l'opération de Delorme. (*Rev. médic. Suisse romande*, avril.) — Duplay. Des fistules pleurales succédant à l'empyème. (*Méd. mod.*, 9 oct.) — Simon. Les suites des résections costales dans l'empyème. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLVI, p. 276.) — Warthin. Diagnostic du sarcome primitif de la plèvre par les cellules trouvées dans l'exsudat. (*Med. News*, 16 oct.) — Petersen. L'endothéliome de la plèvre. (*Thèse de Kiel.*)

Poil. — Gottheil. Un cas d'alopécie neurotique. (*Med. Record*, 21 août.) — Eisner. De la trichomycosis palmellina de Pick. (*Arch. f. Derm.*, XLI, p. 59. — Spiegler. De la tricorrhexis nodosa de la barbe. (*Ibid.*, p. 67.) — Merrill. Les diplocoques de la sébhorrée. (*N. York. med. j.*, 9 oct.) — Brocq. 110 cas d'hypertrichose traités par l'électrolyse. (*Ann. de Derm.*, VIII, p. 829.)

Poumon. — Hutchinson. La base morphologique possible de quelques maladies du poumon. (*Med. Record*, 31 juill.) — Morély. De l'œdème aigu du poumon. (*Gaz. des hôp.*, 2 oct.) — Dieulafoy. Œdème brightique suraigu du poumon. (*Bull. méd.*, 3 nov.) — H. Grasset. Etude théorique et pratique sur le poumon, ses fonctions et ses maladies. La tuberculose pulmonaire et sa guérison clinique. (*France méd.*. 18 juin.) — P. Foppa. Epidémie de pneumonies dans le Tyrol. (*Œsterr. Sanitätsw.*, 1896, n° 37.) — Thomson. Infection variable dans la pneumonie. (*N. York med. j.*, 9 oct.) — Gröll. Pneumonie lobaire. (*Dauphiné méd.*, juill.) — R. Berg. Sur un cas de pneumonie atypique. (*Norsk. Mag.*, avril.) — Goalard. Des accidents asystoliques localisés dans le lobe inférieur du poumon gauche. (*Thèse de Paris.*) — Potain. Du délire dans la pneumonie. (*Semaine méd.*, 22 sept.) — Fiessinger. Les troubles psychiques dans la convalescence de la pneumonie. (*J. des Praticiens*, 18 sept.) — Baduel. Comment se com-

porte le diplocoque dans le sang et l'urine à la période aiguë de résolution et de convalescence de la pneumonie. (*Settimana med.*, 4 sept.) — Vinay. Pneumococcie généralisée consécutive à une otite chez une femme enceinte. (*Lyon méd.*, 17 oct.) — Romheld. De la septicémie pneumococcique. (*Münch. med. Woch.*, 15 juin.) — Lindholm. Un cas de pneumococcie d'origine salpingo-ovarienne. (*Finska lakar. handlingar*, juil.) — Mckinnon. Empyème pneumonique, 4 cas. (*Brit. med. j.*, 16 oct.) — Schneider. Présence de fibres élastiques dans la gangrène pulmonaire. (*Thèse de Munich.*) — Fisher. Gangrène pulmonaire suite de pneumonie, guérison sans opération. (*N.-York. med. j.*, 21 août.) — Borchardt. De la gangrène pulmonaire. (*Thèse de Berlin.*) — Deguy. La digitale dans la pneumonie. (*Ibid.*, 28 août.) — Symens. Influence de la digitale et du pyramydone sur la teneur du sang en leucocytes; emploi dans la pneumonie. (*Thèse de Wurzbourg.*) — Faugères-Bishop. Quelques points importants dans le traitement de la pneumonie lobaire. (*Med. Record*, 14 août.) — Fisher. Pneumonie traitée par les inhalations d'oxygène. (*N.-York med. j.*, 11 sept.) — Loud. Pneumonie traitée par les inhalations d'oxygène. (*Brit. med. j.*, 23 oct.) — Lazarus. Etudes expérimentales sur le pneumothorax (*Arch. f. pathol. Anat.*, XLV, 3.) — Grisstede. Un cas d'abcès dans la pneumonie croupale. (*Thèse de Kiel.*) — Beck. Diagnostic et traitement des abcès du poumon. (*N.-York med. j.*, 28 août.) — Moore. Abcès du poumon gauche, opération, guérison. (*Brit. med. j.*, 7 août.) — Clarke et Morton. Opération pour abcès du poumon. (*Ibid.*, 25 sept.) — Beck. Sur la technique de la pneumotomie. (*J. Amer. med. Ass.*, 2 oct.) — Gazzotti. Rupture traumatique du poumon avec parois thoraciques intactes chez un vieillard. (*Gaz. d. Osped.*, 22 août.) — Nagy. Hernie traumatique du poumon. (*Cent. f. ges. Therap.*, oct.) — Ritter. De l'enchondrome du poumon. (*Thèse de Wurzbourg.*) — Packard et Steele. Sarcome du poumon avec signes de maladie d'Addison par suite d'envahissement des capsules surrénales. (*Med. News*, 11 sept.) — Greenwood. Cancer du poumon. (*Brit. med. j.*, 6 nov.)

Prostate. — Fuller. Contraction chronique des fibres prostatiques enveloppant le col vésical, traitement. (*Amer. j. of med. sc.*, oct.) — Eastmann. L'origine des corps amylacés de la prostate. (*J. Amer. med. Ass.*, 24 juill.) Bazy. Des hématuries d'origine prostatique. (*Presse méd.*, 11 sept.) — Fuster. Cystite purulente chez un prostatique, injections d'huile iodoformée. Etude de la rétention incomplète. (*N. Montpellier méd.*, 14 août.) — Colclough. Section bilatérale du canal déférent, mort. (*Lancet*, 11 sept.) — Favero. Sur une variété d'hypertrophie de la prostate. (*Gaz. d. Osped.*, 26 sept.) — Lucas. Traitement de l'hypertrophie de la prostate. (*Birmingham med. Rev.*, oct.) — Parascandolo. Traitement de l'hypertrophie prostatique. (*Settimana med.*, 17 avril.) — Erdberg. Résection du canal déférent pour hypertrophie de la prostate. (*St.-Petersb. med. Woch.*, 16 août.) — Koehler. La résection du canal déférent dans l'hypertrophie de la prostate. (*Deut. med. Woch.*, 21 janv.) — Desnos. De la prostatectomie. (*Méd. mod.*, 15 sept.) — Freudenberg. Le traitement radical de Bottini pour l'hypertrophie de la prostate. (*Berlin. klin. Woch.*, 12 avril.) — Freudenberg. Sur le traitement de l'hypertrophie de la prostate par la méthode de Bottini. (*St.-Petersb. med. Woch.*, 16 oct.) — Delore. Le méat hypogastrique chez les prostatiques anciennement cystotomisés. (*Bull. méd.* 29 sept.) — Helferich. Du traitement chirurgical de l'hypertrophie de la prostate. (*Arch. f. klin. Chir.*, LV, p. 543.) — Fuller. Nécrose tuberculeuse de la prostate. (*J. of cut. dis.*, oct.) — Tailhefer. Propagation d'une tumeur prostatique épithéliomateuse aux corps caverneux. (*Gaz. hebd.*,

Paris, 26 août.) — Dupraz. Le sarcome de la prostate. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XVI, 9.)

Psoriasis. — Frèche. Quelques cas de psoriasis unguéal. (*Ann. policlin., Bordeaux*, sept.) — Chatzki. Traitement du psoriasis vulgaire par l'électricité statique. (*Vratch*, 2 oct.)

Psychologie. — Soury. Théorie des émotions. (*Ann. méd. psych.*, sept.) — Lazourski. Etat contemporain de la psychologie individuelle. (*Rev. de psychol. en russe*, mai.) — Brown. Les difficultés pratiques de la psychothérapeutique. (*J. Amer. med. Ass.*, 25 sept.)

Psychose.— Lesser. Des psychoses dans les maladies infectieuses aiguës. (*Thèse de Munich.*)— Wachsmuth. Des psychoses pseudo-paralytiques par intoxication. (*Thèse de Marbourg.*)

Puerpéral (Etat). — Duff. L'origine de la septicémie puerpérale. (*Amer. j. of Obst.*, oct.) — Sommer. La fièvre dans l'accouchement. (*Thèse de Marbourg.*) — Call. La tuberculose aiguë dans la puerpéralité. (*Boston med. journ.*, 30 sept.) — Ill. Traitement de l'endométrite puerpérale. (*Ann. of gyn.*, oct.) — Pinard, Weinstein, Ott. De la sérothérapie dans l'infection puerpérale. (*Presse méd.*, 11 sept.) — Wallich. La sérothérapie dans l'infection puerpérale. (*Bull. méd.*, 22 août.) — Richmond. 2 cas de septicémie puerpérale traitée par le sérum, guérison. (*Lancet*, 25 sept.) — Steele. Sérothérapie dans la septicémie puerpérale. (*Brit. med. j.*, 2 oct.) — Durno. Septicémie puerpérale traitée par le sérum strepto-coccique, guérison. (*Ibid.*, 30 oct.)

R

Rachis. — Davison. Développement de la colonne vertébrale. (*Anat. Anz.*, XIV, p. 6.) — Posth. Le sacrum, développement, anomalies, etc. (*Thèse de Paris.*) — Monti. Valeur diagnostique et thérapeutique de la ponction lombaire. (*All. Wien. med. Zeit.*, 12 oct.) — Berghinz. La ponction lombaire. (*Pediatria*, août.) — Peters. De la ponction lombaire. (*Thèse de Berlin.*) — Smith. Causes et traitement de la scoliose. (*Brit. med. j.*, 11 sept.) — Schanz. La mesure des scolioses. (*Cent. f. Chir.*, 25 sept.) — Bradford. Les dos ronds. (*Boston med. Journ.*, 9 sept.) — Fitz. Les mensurations dans les déviations du rachis. (*Ibid.*, 23 sept.) — Roth. Analyse de 100 cas de scoliose. (*Brit. med. j.*, 9 oct.)— Mackenzie. Mensuration de la scoliose. (*Ibid.*) — Quellmalz. De la scoliose myopathique traumatique. (*Thèse de Wurzbourg.*) — Lanique. De la scoliose essentielle des adolescents et de son traitement. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 août.) — Smith Quelques formes typiques de déviations du rachis. (*Lancet*, 16 oct.) — Marie et Astié. Un cas de cyphose hérédo-traumatique. (*Presse méd.*, 6 oct,) — Spornberger. De l'arthrite déformante du rachis. (*Thèse de Berlin.*) — Delbet. Diagnostic du mal de Pott. (*J. des Praticiens*, 16 oct.) — Schulthess. Traitement de la scoliose, résultats de l'orthopédie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LV, p. 766.) — Hoffa. Traitement mécanique de la scoliose. (*Berlin. klin.*

Woch., 25 janv.) — Schulthess. Des formes de la scoliose et de leur traitement. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er fév.) — Calot. Le traitement du mal de Pott. (*Arch. prov. de chir.*, VI, p. 557.) — Redard. Traitement des déviations de la colonne vertébrale et principalement du traitement de la gibbosité du mal de Pott. (*Presse méd.*, 4 sept.) — Ziemacki. 3 cas de redressement de gibbosité, d'après Calot. (*Vratch*, 7 août.) — Lange. Le traitement chirurgical de la bosse d'après Calot. (*Münch. med. Woch.*, 20 avril.) — Lorenz. Le redressement des gibbosités d'après Calot. (*Deut. med. Woch.*, 26 août.) — Ombrédanne. La correction des gibbosités. (*Arch. gén. de méd.*, sept.) — Schulthess. Nouvelle méthode de traitement des déviations rachidiennes par un appareil de redressement. (*Therap. Mon.*, oct.) — Lovett. Un cas de spondylolisthésis. (*N.-York med. j.*, 21 août.) — Trapp. Guérison d'une paralysie par compression due à un abcès froid intra-dural, par ouverture du sac dural après laminectomie. (*Münch. med. Woch.*, 6 juill.) — Trapp. Des fractures du rachis. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLV, p. 434.) — Pye-Smith. Fracture et luxation des vertèbres cervicales sans paralysie. (*Quarterly med. j.*, oct.) — Hugues. Fracture unique de l'atlas, par traumatisme ; mort subite. (*France méd.*, 16 avril.) — Chupin. Fracture du rachis, rupture de la moelle. (*Arch. de méd. mil.*, oct.) — Puttemans. Fracture de la colonne vertébrale. Sutnre apophysaire. Mort. (*Ann. Soc. belge Chir.*, 15 déc. 1896.) — Dufour. Sur le spina bifida sacré dans ses rapports avec les tumeurs de la moelle et la syringomyélie. (*Soc. anat. Paris*, 16 juil.) — Lacayo. Du spina bifida occulta. (*Thèse de Berlin.*) — Soave. Enorme spina bifida ; traitement radical par la méthode ostéoplastique. Guérison. (*Riforma med.*, 27 mars.) — Jacobson. Spina-bifida occulta ; pied bot varus équin avec troubles de la sensibilité et maux perforants. (*Rev. d'orthop.*, mars.) — Fincham. Spina bifida, ulcération, issue de liquide céphalo-rachidien, guérison. (*Brit. med. j.*, 23 oct.) — Gladek. Tumeur du rachis. (*N.-York med. j.*, 14 août.) — Rudolphy. Des tumeurs glandulaires sacrées, malignes, congénitales. (*Thèse de Greifswald.*) — Peham. Sarcome à cellules géantes du sacrum. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLV, p. 241.)

Rachitisme. — Troitsky. Du rachitisme infantile. (*Arch. f. Kind.*, XXIX, 4.) Kissel. Fréquence du rachitisme, à Moscou, chez les enfants au-dessous de 3 ans. (*Ibid.*) — Baumel. Distribution géographique du rachitisme. (*N. Montpellier méd.*, 11 sept.) — Baginsky. Préparations anatomiques d'un cas de maladie de Barlow. (*Berlin. klin. Woch.*, 12 avril.) — Hutinel et Auscher. Note sur deux cas de rachitisme tardif familial avec paraplégie progressive. (*Soc. méd. des hôp.*, 16 juil.) — Froehlich. De l'hypertrophie des ganglions lymphatiques dans le rachitisme. (*Jahrb. f. Kind.*, XLV, p. 282.) — Georg. Lésions des organes visuels dans le rachitisme. (*Thèse de Leipzig.*) — Degouy. Bassins transversalement rétrécis chez les rachitiques. (*Nord méd.*, 1er juin.)

Radiographie. — Leduc. Emploi des machines électro-statiques pour la radiographie et la radioscopie. (*Gaz. méd. Nantes*, 28 août.) — Willard. Skiagraphie par rayons de Roentgen. (*J. Amer. med. Ass.*, 25 sept.) — Bergonié et Ferré. Action des rayons R. sur la vitalité et la virulence des cultures du B. de Koch. (*Arch. d'élect. méd.*, 15 sept.) — Lecercle. Action des rayons X sur la chaleur rayonnée par la peau. (*Acad. des Sc.*, 18 oct.) — Lecercle. Action des rayons X sur l'évaporation cutanée. (*Ibid.*, 26 oct.) — Ollier. Démonstration par la radiographie de la régénération osseuse après les opérations chirurgicales. (*Bull. Acad. de méd.*, 18 mai.) — Gariel. La vision et la photographie par les rayons R. (*Rev. scient.*, 12 juin.) — Chalupecky.

Action des rayons R. sur l'œil et la peau. (*Cent. f. prakt. Aug.*, août.) — Pergens. Etat de la rétine sous l'action des rayons R. (*Klin. Mon. f. Aug.*, oct.) — Friedmann. Emploi des rayons R. pour les corps étrangers de l'œil. (*Ibid.*, oct.) — Maragliano. Radioscopie de l'appareil circulatoire et respiratoire. (*Gaz. d. Osped.*, 5 sept.) — Scheier. L'application des rayons R. en rhinologie. (*Arch. ital. di lar.*, XVII, p. 57) — Thomson. Les rayons R. dans le diagnostic médical. (*Lancet*, 18 sept.) — Grunmach. Diagnostic d'affections internes au moyen des rayons de R. (*Wiener med. Woch.*, 4 sept.) — Bouchstab. Valeur des rayons Roentgen dans le diagnostic des maladies internes. (*Vratch*, 14 août.) — Graetz. Des progrès dans le diagnostic par les rayons de Roentgen et dans leur emploi. (*Münch. med. Woch.*, 20 avril.) — Maragliano. Application de la radioscopie à l'examen des organes intrathoraciques à l'état normal et pathologique. (*Semaine méd.*, 27 octob.) — Burghart. Situation transversale des viscères diagnostiquée par la radiographie. (*Deut. med. Woch.*, 16 sept.) — Hendrix. Essais de thérapeutique chirurgicale par les rayons X. (*Ann. soc. belge Chir.*, 15 juill.) — Hendrix et Lorthioir. Des résultats obtenus en chirurgie par les rayons X. (*Ibid.*) Reynier et Glover. Recherches anatomo-chirurgicales au moyen de la radiographie, topographie cranio-encéphalique. (*Gaz. des hôp.*, 9 sept.) — Delabost. Deux radiographies d'une fracture incomplète du cubitus. (*Normandie méd.*, 1er sept.) — Collins. Ablation d'une balle après 3 ans, grâce aux rayons R. (*Lancet*, 16 oct.). — Mouchet. Sur un cas d'ostéo-arthrite tuberculeuse du coude à foyer huméral précisé par les rayons X. (*Gaz. hebd. Paris*, 6 août.) — Faivre. Application des rayons de Roentgen chez un enfant ayant avalé une épingle. (*Journ. de méd. pratiq.*, 25 juil.) — Fenwick. Les rayons R. et le fluoroscope pour découvrir les petits calculs du rein. (*Brit. med. j.*, 16 oct.) — Budin. Radiographie de bassin oblique ovalaire. (*Ann. de gyn.*, oct.) — Varnier. Pelvigraphie et pelvimétrie par les rayons X. (*Ibid.*) — Litter. 2 cas de cyanose congénitale avec doigts en baguettes de tambour, sans hypertrophie du squelette décélée par les rayons de Roentgen. (*Berlin. klin. Woch.*, 15 mars.) — Schott. Radiographie de la dilatation aiguë du cœur par surmenage aigu. (*Ibid.*, 22 mars.) — Wullstein. Photographies chirurgicales du tronc par les rayons de Roentgen. (*Ibid.*, 19 avril.) — Kummell. Importance des rayons de Roentgen en chirurgie. (*Ibid.*, 3 mai.) — Grabower. Radioscopie d'un cancer de l'œsophage. (*Ibid.*, 31 mai.)

Rage. — Grigorjew. La nature du parasite de la rage. (*Cent. f. Bakt.*, XXII, p. 397.) — Calabrese. De l'immunisation contre la rage. (*Semaine méd.*, 30 oct.) — Beri. Sur la non-existence du virus rabique dans les urines des animaux atteints de la rage. (*Gaz. d. Osped.*, 17 oct.) — Thierry. Prophylaxie de la rage chez l'homme. Diagnostic de la rage chez le chien et le chat. Conseils pratiques. (*Journ. des Praticiens*, 30 oct.)

Rate. — Villar. Enorme hypertrophie de la rate. Exosplénopexie. (*J. méd. Bordeaux*, 17 oct.) — Giucciardi. De la splénomégalie primitive. (*Gaz. d. Osped.*, 24 oct.) — Stierlin. Traitement chirurgical de la rate flottante. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLV, p. 382.) — Deeble. Un cas d'ablation partielle de la rate. (*J. Amer. med. Ass.*, 7 août.) — Jonnesco. La splénectomie. (*Presse méd.*, 11 sept., et *Arch. f. klin. Chir.*, LV, 330.)

Rectum. — Cooke. Constipation et affections du rectum. (*N. York med. j.* 11 sept.) — Strey. Des rétrécissements du rectum. (*Thèse de Berlin.*) — Lapointe. Traitement des rétrécissements non congénitaux du rectum. (*Thèse de Paris.*) — Sonnenburg. Traitement des rétrécissements élevés du rec-

tum. (*Arch. f. klin. Chir.*, LV, p. 713.) — RIEDER. Pathologie et traitement des rétrécissements du rectum. (*Ibid.*, p. 730.) — FORGUE. Traitement des rétrécissements non cancéreux du rectum. (*N. Montpellier méd.*, 31 juil.) — CSESCH. Statistique des cancers du rectum. (*Thèse de Breslau.*) — FUZINAMI. Cancer du rectum et fracture spontanée du fémur. (*Arch. f. path. Anat.*, CXLVII, 1.) — BŒGER. Traitement du cancer du rectum. (*Thèse de Bonn.*) — FORGUE. Du traitement radical du cancer du rectum. (*N. Montpellier méd.*, 16 oct.) — BELIN. De l'anus iliaque dans la cure radicale du cancer du rectum. (*Progrès méd.*, 2 oct.) — GAUDIER. Traitement du cancer du rectum, nouveau procédé d'extirpation totale abdominale. (*Rev. de gyn.*, sept.) — HAHN. Cancer élevé du rectum ; ablation par la méthode de Kraske formation d'un lambeau. (*Berlin. klin. Woch.*, 31 mai.) — NICOLADONI. De la suture après la résection du rectum. (*Cent. f. Chir.*, 4 sept.) — HEYDENREICH. De la voie vaginale dans la résection du rectum. (*Semaine méd.*, 1er sept.) — BELL, BALL, KEEN. Le traitement du cancer élevé du rectum. (*Brit. med. j.*, 16 oct.)

Réflexe. — CLARK. Les réflexes en psychiatrie. (*Brit. med. j.*, 25 sept.)

Rein. — FEDOROW. Système veineux rénal chez les oiseaux. (*St-Pétersbourg.*) — THOREL. Sur la régénération typique et la pseudo-régénération dans les infarctus rénaux. (*Arch. f. path. Anat.*, CXLVI, 2.) — MILIAN. Oblitération des deux branches moyennes de l'artère rénale. (*Soc. anat. Paris*, 2 juill.) — SCHEIB. Absence des deux reins chez un fœtus de 7 mois ayant vécu 10 minutes. (*Prag. med. Woch.*, 21 oct.) — SCHUETZ. 1 cas de dystopie du rein droit sans adhérences des deux reins. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLVI, p. 523.) — SILVERMAN. Un cas intéressant de maladie aiguë de Bright. (*N. York med. j.*, 16 oct.) — CHARRIER. De l'élimination de la potasse urinaire dans les néphrites. (*Thèse de Paris.*) — BAYLAC et PÉRÈS. Note sur la recherche de la perméabilité rénale par l'emploi du bleu de méthylène. (*Soc. méd. d. hôp.*, 23 juill.) — ACHARD et CASTAIGNE. Sur l'élimination du bleu de méthylène. (*Ibid.*, 30 juill.) — BELLISARI. Un cas de dégénérescence amyloïde des reins avec albuminurie exceptionnellement intense. (*Riv. clin. e terap.*, juill.) — HUEBNER. De l'hématonéphrose. (*Thèse d'Erlangen.*) — VAN DER LINDEN. Pyélonéphrite suppurée consécutive à une contusion du flanc gauche. (*Belgique méd.*, sept.) — PAWLIK. Pyonéphroses et hydronéphroses. (*Rev. de Gyn.*, sept.) — KELLY et RAMSAY. De l'usage du cathéter rénal dans le diagnostic et le traitement des maladies des reins et des uretères. (*Ibid.*) — GOLDENHORN. Terminaisons des abcès paranéphrétiques. (*Arch. russes de pathol.*, août.) — FRIEDMANN. Pyonéphrose traumatique chez un blennorragique ; opération, emploi du cystoscope pour uretères de Casper pour reconnaître l'état de l'autre rein. (*Berlin. klin. Woch.*, 22 mars.) — SCHUCHARDT. Rein mobile traumatique et hydronéphrose, opération ; thrombose intercurrente de la veine fémorale gauche, non oblitération de la fistule. (*Ibid.*) — STEWART et KELLY. De la tuberculose primitive du rein. (*Med. News*, 14 août.) — LICHTY. 2 cas de rein tuberculeux. (*Therap. Gaz.*, 16 août.) — STEELE. Un cas de tuberculose rénale. (*J. Amer. med. Ass.*, 14 août.) — MANKIEWICZ. Néphrectomie pour néphrite tuberculeuse. (*Berlin. klin. Woch.*, 10 mai.) — BRAQUEHAYE. Pyélonéphrite calculeuse. (*J. méd. Bordeaux*, 10 oct.) — ABRAHAMS. Symptômes génitaux des calculs du rein. (*N. York med. j.*, 11 sept.) — SCHULZ. La chirurgie des calculs des reins. (*Thèse de Leipzig.*) — MYLES. Quelques cas de néphrectomie et de néphrolithotomie. (*Edinb. med. j.*, sept.) — HENNECART. Néphrectomie chez une femme de 70 ans. (*Gaz. hebd. Paris*, 30 mai.) — RATYNSKI. De la néphrectomie par morcellement. (*Presse méd.*, 25 sept.) — HELLMER. Dn rein flot-

tant. (*Thèse de Berlin.*) — LUND. Rein flottant et entéroptose. (*Boston med. Journ.*, 30 sept.) — NEWMAN. Rapports du rein flottant avec la colique néphritique, l'hydronéphrose transitoire et l'albuminurie intermittente. (*Brit. med. j.*, 9 oct.) — Ross. Luxation du rein. (*Ibid.*) — FEDERICI. Etude sur le rein mobile. Contribution opératoire à la méthode de Tuffier. (*Riforma med.*, 14 juin.) — PALLERONI. Un cas de rein flottant. Néphropexie lombaire bilatérale. Guérison. (*Gaz. d. Osped.*, 76, et *Gaz. hebd. Paris*, 15 août.) — REED. La néphrorraphie. (*J. Amer. med. Ass.*, 25 sept.)— MERKEL. Néphrorraphie pendant la grossesse. (*Münch. med. Woch.*, 3 août.) — WOLFF. Des suites de la néphrorraphie. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLVI, p. 53.) — OBALINSKI. De la néphropexie. (*Cent. f. Chir.*, 18 sept.) — RŒSING. De la néphropexie. (*Ibid.*) — DUPLAY. Maladie kystique du rein. (*Gaz. des hôp.*, 14 sept.) — RICHARDSON. 2 cas de plaie perforante du rein par coup de feu, une mort. (*Trans. Amer. surg. Ass.*, XIV, p. 357.)— H. KOHLHARDT. Sur une tumeur villeuse du bassinet et de l'uretère. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXLVIII, 3.) — ISRAEL. Néphrectomie pour tumeur du bassinet. (*Berlin klin. Woch.*, p. 1009, 9 nov. 1896.) — VITRAC. Anurie complète par oblitération calculeuse des deux uretères. (*J. méd. Bordeaux*, 30 mai.) — DOYEN. Calculs de l'uretère. (*Bull. méd.*, 9 juin.) — WIEHL. Un cas de malformation kystique du rein avec atrésie des uretères. (*Thèse de Fribourg.*) — WINTER. De la cystoscopie et du cathétérisme des uretères chez la femme. (*Berlin. klin. Woch.*, 24 mai.) — HOTTINGER. Du cathétérisme des uretères. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, p. 279, 1er mai.) — ALBARRAN. Technique du cathétérisme cystoscopique des uretères. (*Rev. de Gyn.*, I, p. 457.) MIKULE. Chirurgie des plaies des uretères. (*Thèse de Breslau.*) — ROBINSON. Un cas de lithotomie uretéro-rétro-péritonéale. (*Brit. med. j.*, 11 sept.) MÜHLMANN. Sur l'histologie des capsules surrénales. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXLVI, 2.) — VINCENT. Effets physiologiques généraux de l'extrait de capsules surrénales. (*J. of phys.*, XXII, p. 111.)

Respiration. — BOHR et HENRIQUES. Comparaison des quotients respiratoires déterminés simultanément dans le sang et dans l'air expiré. (*Arch. de phys.* IX, p. 819.) — BORUTTAU. Polémique contre Lewandowsky au sujet des effets de l'excitation du pneumogastrique sur le rythme respiratoire. (*Centralbl. f. Phys.*, XI, p. 817.) — MAGNUS-LÉVY. Les échanges nutritifs et les modifications de la respiration. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXIII, p. 258.) — DAVIS. La respiration de Cheyne-Stokes. (*J. Amer. med. Ass.*, 24 juil.)

Rétine. — GUILLERY. De la zone de perception de la rétine. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXVIII, p. 120.) — PRATT. Sur les fonctions de bâtonnets, des cônes et de la couche épithéliale pigmentaire de la rétine humaine. (*Med. Record*, 28 août.) — GATTI. La régénération du pourpre et l'état de l'épithélium pigmentaire dans la rétine exposée aux rayons X. (*Ann. di ottalm.*, XXVI, p. 344.) — GOULD. Rétinite pigmentaire, 2 cas. (*Brit. med. j.*, 16 oct.) — KOEHLER. De la papillo-rétinite sympathique. (*Thèse de Greifswald.*) — WARE. Névro-rétinite syphilitique. (*Arch. of opht.*, XXVI, p. 345.) — DENIG. Lésions microscopiques dans la commotion de la rétine. (*Ibid.*, p. 377.) — CLARK. Embolie partielle de l'artère centrale de la rétine. (*Ibid.*, XXVI, p. 395.) — Hasket DERBY. De l'hémorragie rétinienne après l'âge adulte et de ses effets sur la durée de l'existence. (*Boston med. j.*, 22 juil.) — LAGRANGE. Décollement de la rétine d'origine infectieuse. (*Journ. méd. Bordeaux*, 8 août.) — SCHMIDT-RIMPLER. Théorie et traitement du décollement de la rétine. (*Deut. med. Woch.*, 28 oct.) — ZIMMERMANN. Un cas de décollement de la rétine chez le chien. (*Klin. Mon. f. Aug.*, oct.) — HERTEL. Du gliome de la rétine. (*Ibid.*, oct.) — WINTERSTEINER. Du neuroépithéliome

de la rétine. (In-8°, 463 p., *Leipzig.*) — Chaillan. Un cas de cysticerque sous-rétinien. (*Marseille méd.*, 15 juil.)

Rhumatisme. — Riva. Etiologie du rhumatisme articulaire aigu. (*Cent. f. inn. Med.*, 32.) — Thiroloix. Etude bactériologique d'un cas de rhumatisme aigu. (*Soc. de biol.*, 9 oct. et *Méd. mod.*, 13 oct.) — Stewart. Les rapports de l'arthrite rhumatismale avec les maladies du système nerveux. (*Brit. med. j.*, 30 oct.) — Hèze. Un cas de rhumatisme cérébral. (*Nord méd.*, 1er oct.) — Singer. Les lésions de la peau dans le rhumatisme articulaire aigu. (*Wiener klin. Woch.*, 23 sept.) — Weisz. Sur les rapports de l'arthrite déformante avec le rhumatisme articulaire chronique. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 349, 19 avril.) — Klippel. Sur une variété de rhumatisme déformant des mains et sur l'intervention du système nerveux dans les arthropathies de ce genre. (*Arch. de méd.*, oct.) — Singer. Rhumatisme et ostéomyélite. (*Wien. med. Woch.*, 25 sept.)

Rougeole.— Richter. Les pneumonies de la rougeole. (*Thèse de Leipsig.*) — Roger et Comte. Infection secondaire post-rubéolique, d'origine intestinale, hépatite, pleurésie putride. (*Presse méd.*, 29 sept.) — Schrevens. Prophylaxie des épidémies de rougeole dans les écoles. (*Bull. Acad. de méd. Belgique*, 4.)

S

Salivaire (App.) — Thielmann. Ammoniaque et chlorure de sodium dans la salive des sujets sains et malades. (*Thèse de Giessen.*) — Marcantonio. Recherches sur la toxicité de la salive. (*Riforma med.*, 27 avril.) — Schuch. Des calculs salivaires. (*Thèse de Munich.*) — Grahl. Traitement des fistules salivaires. (*Thèse de Leipsig.*) — Lambret et Gaudier. Note sur un cas de myxome pur de la glande parotide. (*Bull. Soc. méd. du Nord*, 25 juin.)

Sang. — Jolly. Sur la proportion des différentes variétés de globules blancs dans le sang normal de l'homme. (*Soc. de biol.*, 23 oct.) — Hedin. De la perméabilité des globules rouges du sang. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXVIII, p. 229.) — A. Pappenheim. Sur le développement et l'évolution des érythroblastes (globules rouges du sang.) (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXLV, 3.) — H. Hirschfeld. Contributions à la morphologie comparée des leucocytes. (*Ibid.*, CXLIX, 1.) — Giglio-Tos. L'hématopoièse chez la lamproie. (*Arch. ital. de biol.*, XXVII, p. 459.) — Kronecker et Marti. Comment agissent des irritations de la peau sur la formation des globules rouges. (*Ibid.*, p. 333.) — E. Cavazzani. Influence de quelques couleurs d'aniline sur la rétraction du caillot sanguin. (*Ibid.*, XXVII. p. 388.) — Tarchetti. Quelques recherches comparatives sur le chromocitomètre de Bizzozero et l'hémomètre de Fleisch. (*Riforma med.*, 6 sept.) — Greco. Le rouge du Congo comme substance indicatrice dans l'hémoalcalimétrie. (*Ibid.*, 23 sept.) — Salvioli. Des causes de l'incoagulabilité du sang par les peptones. (*Ibid.*, 14 oct.) — Basunti. Influence de l'albuminate de mercure sur la densité du sang. (*Ibid.*, 8 juil.) — Besredka. Etat actuel de la question de la leucocy-

tose. (*Ann. Inst. Pasteur*, XI, p. 726.) — FLORESCO. Action des acides et de la gélatine sur la coagulation du sang. (*Arch. de phys.*, IX, p. 777.) — GLEY et LE BAS. De l'immunité contre l'action anticoagulante des injections intraveineuses de propeptone. (*Ibid.*, p. 848.) — MOROZOFF. Influence d'un jeûne peu prolongé sur la composition morphologique du sang chez l'homme. (*Vratch*, 18 sept.) — PFEIFFER. Contenu du sang en fibrine, ses rapports avec la croûte phlogistique. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXIII, p. 215.) — HELLER, MAYER et V. SCHROETTER. Modification du pouls sous l'influence des changements de pression respiratoire. (*Ibid.*, p. 341.) — LLOYD. La chaleur spécifique du sang. (*Brit. med. j.*, 16 oct.) — WRIGHT. Méthode simple de mesurer l'alcalinité du sang. (*Lancet*, 18 sept.) — A. JAQUET. Des méthodes cliniques de dosage de l'hémoglobine. (*Corr. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er mars.) — ZANGEMEISTER. Nouvel appareil par la détermination quantitative de l'hémoglobine. (*Münch. med. Woch.*, p. 361, 6 avril.) — WEISS et GOLDBERGER. La réaction iodique du sang, sa valeur en chirurgie. (*Wien. klin. Woch.*, 24 juin.) — SCOFONE. Sur la toxicité du sang des animaux à l'état de jeûne. (*Giorn. Accad. di medic., Torino,* juin.) — PAGANO. Etude comparative sur la toxicité du sang maternel et du sang fœtal chez le chien. (*Arch. ital. de biol.*, XXVII, p. 446.) — BATTISTINI et SCOFONE. Recherches expérimentales sur la toxicité du sang d'animaux profondément anémiques. (*Ibid.*, XXVII, p. 401.) — TAYLOR. Sur les études hématologiques. (*J. Amer. med. ass.,* 24 juil.) — BATTISTINI et ROVERE. Recherches d'hématologie clinique. (*Giorn. Accad. di med. Torino*, juin.) — DURHAM. L'examen du sang. (*Edinb. med. j.*, oct.) — HOFF. La saignée comme moyen thérapeutique d'après 26 cas. (*J. Amer. med. ass.*, 28 août.) — DASSONVILLE. De quelques indications de la saignée. (*Echo méd., Nord*, 31 oct.) — PHOCAS. Le lavage du sang. (*Nord méd.*, 15 oct.) — WEISS. Action des injections de sérum sanguin dans le sang. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXVIII, p. 348.)

Sarcome. — JACKSON. Du sarcome pigmentaire idiopathique multiple. (*Brit. med. j.*, 2 oct.) — NICOLLE et HÉBERT. Sarcomes cutanés multiples. (*Normandie méd.*, 1er sept.)

Saturnisme. — RENOU. Recherches du plomb dans les glandes salivaires au cours de l'intoxication saturnine aiguë. (*Soc. de biol.*, 2 oct.) — CECONI. Saturnisme chronique et hyperchlorhydrie. (*Gaz. d. Osped.*, 10 oct.) — CHEVALLIER. De la goutte saturnine. (*Thèse de Paris.*)

Scarlatine. — SELLNER. Le bacille diphtérique dans la scarlatine. (*Wien. klin. Woch.*, 14 oct.) — NEECH. Durée de la période de contagion de la scarlatine. (*Brit. med. j.*, 25 sept.) — DEPASSE. Un cas de scarlatine avec hyperthermie. (*France méd.*, 30 avril.) — COSGRAVE. Deux cas de rechute au cours de scarlatine. (*Dublin jour.*, 1er sept.) — MONTIGNAC. Atrophie rénale consécutive à la scarlatine. (*Thèse de Paris.*) — PUJADOR Y FAUVA. Nouveau traitement de la scarlatine, prophylaxie de la néphrite. (*Méd. mod.*, 1er sept.)

Sclérodermie. — HEKTOEN. Sclérodermie diffuse avec lésions fibreuses de la glande thyroïde. (*Cent. f. allg. Path.*, 1er sept.) — DEGEUM. De la sclérodermie. (*J. of nerv. dis.*, oct.)

Septicémie. — PERTHES. Bacilles de la septicémie hémorragique dans une plaie infectée. (*Brit. z. klin. Chir.*, XIX, p. 161.) — DE GAETANO. Sur un blastomycète pathogène, déterminant rapidement la septicémie chez le cobaye. (*Riforma med.*, 27 août.) — MASIUS et BECO. Des formes septicémiques de

la staphylococcie. (*Rev. de méd.*, juil.) — HENROTIN. L'opération de choix dans la septicémie pelvienne, l'incision vaginale précoce. (*Brit. med. j.*, 23 oct.) — MAC GREGOR. Sérum antistreptococcique dans l'infection septique. (*Ibid.*, 25 sept.) — COURTNEY. L'acide nucléique dans le traitement de la septicémie. (*Med. News*, 25 sept.)

Serpent. — PHISALIX. Propriétés immunisantes du venin de salamandre du Japon vis-à-vis du venin de vipère. (*Soc. de biol.*, 34 juil.) — BOYÉ. Deux cas de guérison de morsure de serpent par le sérum antivenimeux. (*Arch. de méd. nav.*, oct.)

Sérothérapie, sérum. — FEINDEL. Le séro-diagnostic. (*Arch. gén. de méd.*, oct.) — WIDAL et NOBÉCOURT. Séroréaction dans une infection à paracolibacille. (*Semaine méd.*, 4 août.) — RENOU. A propos des grandes injections de sérum artificiel. (*Arch. méd. Angers*, I, p. 538.) — BEURNIER. Des injections de sérum artificiel, méthode sous-cutanée et méthode intra-veineuse. Manuel opératoire. Parallèle des deux méthodes. Choix d'un procédé. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 juil.) — RODET. Sur la spécificité des propriétés acquises par les humeurs des animaux immunisés et sur la méthode de préparation des sérums thérapeutiques. (*Soc. de biol.*, 2 oct.) — BOUCHERON. Sérothérapie dans certains rhumatismes à streptocoques. (*Ibid.*, 23 oct.) — PANE. Sérothérapie de l'infection pneumococcique. (*Semaine méd.*, 30 oct.) — PETERSEN. De l'immunisation et de la sérothérapie dans la staphylomycose. (*Beit. z. klin. Chir.*, XIX, p. 363.) — COURMONT. Sur le sérum de Marmorek et la pluralité des streptocoques. (*Lyon méd.*, 5 sept.) — RAIMONDI et MASUCCI. Sur l'efficacité du sérum de Maragliano. (*Riforma med.*, 5 mai.) — LŒWENTHAL. Sérothérapie de la fièvre récurrente. (*Méd. mod.*, 4 sept.) — PARASCANDOLO. La sérothérapie dans les infections pyogènes et l'érysipèle. (*Wien. klin. Woch.*, 23 sept.) — BUTLIN. Pyohémie traitée par le sérum streptococcique. (*Lancet*, 16 oct.) — ZIEMACKI. Résultats du traitement de 20 cas de tumeurs malignes par le sérum antistreptococcique. (*St-Petersb. med. Woch.*, 9 sept.) — SEINATZKY. Sérothérapie des tumeurs malignes. (*Méd. mod.*, 8 sept.) — DENYS. Résultats de la sérothérapie anti-streptococcique. (*Ibid.*)

Sommeil. — LAHUSEN. Le sommeil et l'insomnie. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 306, 5 avril.) — LEARNED. Une nouvelle méthode pour provoquer le sommeil. (*J. Amer. med. ass.*, 25 sept.) — Discussion sur le traitement de l'insomnie. (*Brit. med. j.*, 2 oct.)

Strabisme. — WILLIAMS. Le strabisme convergent. (*Boston med. jour.*, 12 août.) — HINDE. Le strabisme convergent. (*J. Amer. med. Ass.*, 14 août.) — GAUDENZI. Sur la perversion des perceptions visuelles de l'espace dans le strabisme alterne. (*Giorn. accad. di med. Torino*, mai.) — ALLEMAN. Traitement du strabisme convergent chez l'enfant. (*Med. News*, 11 sept.)

Surdi-mutité. — FERRERI. De la surdi-mutité. (*Arch. ital. di otol.*, V, p. 151.) — MINGAZZINI. De la surdi-mutité hystérique. (*Ibid.*, V, p. 177.) — HAMON DU FOUGERAY. Sur les diverses lésions de l'oreille, du nez et du pharynx que l'on trouve chez les enfants placés dans les institutions de sourd-muets, importance de leur traitement. (*Rev. hebd. de lar.*, 11 sept.) — GELLÉ. Des exercices acoustiques dans le cas de surdi-mutité chez les enfants en bas âge. (*Soc. de biol.*, 23 oct.)

Syphilis. — ZVIAQUINTREW. La syphilis dans le district de Kournetz, de 1889

à 1894. (*Vratch*, 4 sept.) — BARATIER. Les maladies vénériennes au village. (*Tribune méd.*, 25 août.) — STASSANO. Vues nouvelles sur la syphilis. (*France méd.*, 6 août.) — TAYLOR. Des conditions qui influencent l'évolution de la syphilis. (*Med. News*, 23 oct.) — HAAN. Syphilis et irritation de cause traumatique. (*Normandie méd.*, 15 août.) — ROMNICIANO. Formes de syphilis héréditaires observées à Bucarest, 1874-96. (*Méd. mod.*, 28 août.) — BISSELL. Action de la syphilis héréditaire sur le placenta, le cordon et le fœtus. (*Amer. gyn. j.*, aout.) — BARTHÉLEMY. Sur les stigmates de para-hérédo-syphilis de deuxième génération, indices de dégénérescence de race. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 868.) — FOURNIER. Syphilis communiquée par un nourrisson à sa nourrice. (*Ann. d'hyg. publ.*, avril.) — BONNET. Un cas de récidive de la syphilis. (*Dauphiné méd.*, août.) — MALHERBE. Syphilis familiale, deux cas de chancres extragénitaux. (*Gaz. méd.*, *Nantes*, 28 août.) — ETOURNEAU. Sur un cas de chancre infectant à longue période d'incubation. (*Arch. de méd. nav.*, oct.) — STANZIALE. Sur les altérations syphilitiques des artères cérébrales. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXXII, p. 423.) — MOTY. Un cas de syphilis céphalique. (*Bull. soc. méd. du Nord*, 26 mars.) — HALIPRÉ. Syphilis tardive du frontal. (*Normandie méd.*, 15 oct.) — FRANÇOIS. Aphasie et agraphie d'origine syphilitique. (*Marseille méd.*, 15 mai.) — BRISSAUD. Le double syndrome de Brown Séquard dans la syphilis spinale. (*Progrès médical*, 17 juil.) — SPILLER. La syphilis spinale. (*N. York med. j.*, 25 sept.) — GESSNER. Les affections syphilitiques de l'œil. (*Münch. med. Woch.*, 13 avril.) — FUCHS. Chancre induré de la paupière supérieure. (*Ibid.*, 27 avril.) — P. MANASSE. Sur les tumeurs syphilitiques de la muqueuse nasale et sur la formation des cellules géantes. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXLVII, 1.) — BLODGETT. Un cas de destruction totale du voile du palais par la syphilis. (*Boston med. jour.*, 5 août.) — ROCHON. Les pleurésies syphilitiques essentielles. (*Gaz. des hôp.*, 30 sept.) — GRASSMANN. De la syphilis acquise du cœur. (*Münch. med. Woch.*, 4 mai.) — COHN. Une forme peu commune de syphilis congénitale du foie. (*Arch. f. path. Anat.*, CXLVI, 3.) — DURANTE. Syphilis du foie avec ictère chez un enfant de 30 mois. (*Pediatria*, août.) — PLICQUE. Formes et traitement de la syphilis du rein. (*Presse méd.*, 25 sept.) — RIEDER. Des rétrécissements syphilitiques du rectum. (*Berl. klin. Woch.*, 10 mai.) — COIGNET et CADE. Chancres perforants du prépuce (*Lyon méd.*, 5 sept.) — FAITOUT. La syphilis de l'urètre. (*Gaz. des hôp.*, 18 sept.) — SHAW MACKENZIE. Déchirures du col, du vagin et du périnée chez les syphilitiques. (*Lancet*, 18 sept.) — DREYSEL. Du leucoderma syphilitique. (*Berlin. klin. Wochens.*, 19 oct. 1896.) — VIZIOLI. Les affections para-syphilitiques (*Méd. mod.*, 11 sept.) — GAUCHER. De l'état de nos connaissances sur l'étiologie des dermatoses et sur les diverses manifestations de la syphilis. (*Ibid.*) — GEORGES BROUARDEL. Dermites papillomateuses syphiloïdes. (*Ann. d'hyg. publ.*, mars, p. 282.) — KIRMISSON et JACOBSON. Des arthropathies dans la syphilis héréditaire. (*Rev. d'orthop.*, VIII, p. 366 et 446.) — WHITLA, SHOEMAKER, etc. Traitement de la syphilis. (*Brit. med. j.*, 6 nov.) — CROCQ. Rapport au conseil supérieur d'hygiène de Belgique sur la prophylaxie de la syphilis des verriers. (*Mouvem. hyg.*, avril.) — MUNSTER. Rôle de l'hydrothérapie dans le traitement de la syphilis. (*Berl. klin. Woch.*, 26 avril.) — NEISSER. Du traitement de la syphilis et des cures balnéaires. (*Ibid.*, 19 avril.) — PAQUY. Quelques remarques à propos du traitement prophylactique de l'hérédo-syphilis. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 sept.) — DELOGU. Syphilis incipiens et son traitement opératoire. (*Riforma med.*, 1er juin.) — HEYDNER. Emploi du sozoïdolate mercuriel gélosique dans la syphilis. (*Thèse de Munich.*) — STARK. De l'hæmolum iodomercuriel. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXV, p. 378.) — BURET. Traitement des syphilides cutanées. (*France méd.*, 30 juil.)

T

Teigne. — Lorenz. Du favus scrotal. (*Thèse de Greisfwald.*) — Fox. Biologie de la teigne. (*Brit. med. j.*, 2 oct.) — Crocker. Pathogénie de la pelade, 632 cas. (*Presse méd.*, 14 sept.)

Température. — R. Vogt. Des diverses méthodes pour la constatation du sens des températures à l'état pathologique et de leur valeur. (*Norsk Mag.*,avril.) J. Rosenthal. Enregistrement calorimétrique. (*Arch. f. Physiol.*, p. 191.) — Lefèvre. Détermination de la chaleur perdue par la surface totale du corps sous l'action réfrigérante de l'eau, étude sur l'homme. (*Arch. de phys.*, IX, p. 758.) — Lefèvre. Lois générales de la réfrigération par l'eau chez les oiseaux. (*Ibid.*, p. 802.) — Athanasiu et Carvallo. L'action des hautes températures sur le cœur *in vivo*. (*Ibid.*, IX, par 789.) — Sakovitch. Influence du tuber cinereum sur la température du corps. (*Rev. de psych. en russe.*, sept.) — Berthelot. Glucogenèse et thermogenèse dans l'économie. (*Rev. scient.*, 31 juill.) — E. Cavazzani. Thermogenèse dans l'asphyxie et après la mort. (*Arch. ital. de biol.*, XXVII, p. 314.)

Ténia. — Scagliosi. Sur les altérations déterminées par le ténia bothriophitis dans l'intestin de la poule. (*Arch. f. path. Anat.*, CXLV, 3.) — Brunet. Ténia inerme ; crises douloureuses avec ictère intermittent simulant des accès de coliques hépatiques. (*France méd.*, 16 avril.) — Chamberlin. Le traitement du ténia. (*Med. Record*, 28 août.)

Testicule. — Bouin. Involution expérimentale du tube séminifère des mammifères. (*Bibl. Anat.*. mai.) — Moser. Pouvoir contractile des spermatozoïdes. (*N. York med. j.*, 11 sept.) — Derenberg. De l'atrophie du testicule. (*Thèse de Munich.*) — Tédenat. De la névralgie du testicule. (*N. Montpellier méd.*, 3 juill.) — Tédenat. Kystes de l'épididyme. Hydrocèle vaginale avec spermatozoïdes. Filariose. Eléphantiasis nostras. (*Ibid.*, 2 oct.) — Miller. Traitement de l'hydrocèle par l'injection de sublimé. (*Lancet*, 4 sept.) — Dewandre. Varicocèle douloureux ; résection. (*Ann. soc. belge chir.*, 15 fév.) — Finotti. Pathologie et traitement de la non-descente du testicule. (*Arch. f. klin. Chir.*, LV, p. 120.) — Mac Guffié. Tuberculose testiculaire et son traitement. (*Thèse de Paris.*) — Werbe. Fibromyxome lipomateux du testicule. (*Thèse de Munich.*) — Begouin. Lipome du cordon. (*J. méd. Bordeaux*, 17 oct.) — Schrank. La formation de kystes dans le cordon. (*Arch. f. klin. Chir.*, LV, p. 416.) — Fittig. Des kystes du testicule. (*Thèse de Strasbourg.*) — B. Koslowski. Un cas de tératome du testicule. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXLVIII, 1.)

Tétanie. — Kunn. Des crampes des muscles de l'œil dans la tétanie. (*Deut. med. Woch.*, 21 juin.) — Wettendorfer. Deux cas de tétanie infantile. (*Wiener med. Woch.*, 4 sept.)

Tétanos. — Hamon et Guimbretière. Un cas de contracture hystérotraumatique simulant le tétanos. (*Gaz. méd. Nantes*, 29 mai.) — Claude. Myélite expérimentale subaiguë par intoxication tétanique. (*Arch. de phys.*, IX, p. 843.)

Lusini. Sur l'action antagoniste de l'antitoxine de Tizzoni et de la strychnine. (*Riforma med.*, 28 août.) — Tizzoni. L'antitoxine tétanique préventive. (*Gaz. d. Osped.*, 26 sept.) — Kortmann. Un cas de tétanos traité par l'antitoxine. (*Deut. med. Woch.*, 7 oct.) — Steiner. Tétanos rhumatismal traitement par l'antitoxine. (*Wien. klin. Woch.*, 9 sept.) — Blake. Tétanos traité par l'antitoxine, mort. (*Lancet*, 30 oct.)

Thérapeutique. — Lewin. Les doses maxima de quelques médicaments. (*Deut. med. Woch.*, 21 oct.) — Hare. La rapidité d'absorption et d'élimination de quelques médicaments comme guide dans leur emploi. (*Therap. gaz.*, 16 sept.) — Kuersteiner. De l'organothérapie. (*Corr. B. f. schw. Aerzte*, 15 avril.) — Ughetti. La diète lactée. (*Conf. clin. ital.*, série 1, conf. 2.) — Karfunkel. De la cataphorèse. (*Arch. f. Derm.*, XLI, p. 13.) — Scholder. La mécanothérapie et ses indications dans le système Zander. (*Rev. méd. Suisse romande*, avril.) — Hare. Choix des préparations de digitale. (*Therap. Gaz.*, 16 août.) — Boyd. Taka-diastase comme agent digestif. (*Ibid.*, 15 sept.) — L. Guth. Action de la chélidoine dans les maladies chroniques, le cancer. (*Therap. Mon.*, oct.) — Laveran. Des accidents auxquels peut donner naissance l'emploi des sels de quinine. (*J. des Praticiens*, 9 oct.) — Deguy et Bricemoret. Action thérapeutique de la teinture du lichen d'Islande. (*Ibid.*, 25 sept.) — Sommer. Assimilation de l'huile injectée sous la peau. (*Berl. klin. Woch.*, 22 mars.) — Woodbury. Nouveaux dérivés de la créosote, l'éosote et la géosote. (*Allg. Wien. med. Zeit.*, 13 oct.) — Lavagna. Sur l'emploi de l'arécoline bromurée. (*Ther. Woch.*, 17 oct.) Fischer. Le calomel comme diurétique. (*Wiener med. Blätter*, 19 août.) — Jorano. Y a-t-il des inconvénients à prescrire le calomel en même temps que les chlorures et les acides. (*Semaine méd.*, 30 oct.) — Linossier et Lannois. Sur l'absorption cutanée de l'iode, de l'iodoforme et de l'iodure d'éthyle. (*Lyon méd.*, 19 sept.) — Roos. De la somatose ferrugineuse. (*Therap. Mon.*, sept.) — Curzio. Sur la valeur thérapeutique des savons antiseptiques. (*Settim. med.*, 24 juill.)

Thorax. — Gaston. Méthode d'exploration de la cavité thoracique. (*Trans. Amer. surg. Ass.*, XIV, p. 465.) — Hutchinson. Quelques difformités du thorax à la lumière de l'atavisme. (*J. Amer. med. Ass.*, 11 sept.) — Leboucq. Sur les variations anatomiques de la 1re côte chez l'homme. (*Arch. de biol.*, XV, p. 125.)

Thrombose. — Cornil. De la physiologie pathologique des thromboses et des coagulations sanguines. (*Presse méd.*, 21 août.) — Baldwin. Thrombose de la veine jugulaire. (*J. Amer. med. Ass.*, 21 août.) — Katz. Thrombose de la veine fémorale dans la pneumonie. (*Deut. med. Woch.*, 1 juill.)

Thyroïde. — Magnus-Lévy. Recherches sur la glande thyroïde. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXIII, p. 269.) — Cristiani et Ferrari. De la nature des glandules para thyroïdiennes. (*Soc. de biol.*, 9 oct.) — De Cyon. Les fonctions de la glande thyroïde. (*Acad. des sc.*, 13 sept.) — Graser. Sur l'état actuel de la question de la glande thyroïde. (*Münch. med. Woch.*, 6 avril.) — V. Chamisso de Boncourt. Le goitre de la base de la langue. (*Beit. z. klin. Chir.*, XIX, p. 281.) — Waters. Du goitre endémique dans le nord-est du Bengale. (*Brit. med. j.*, 11 sept.) — Guéniot. Goitre d'origine infectieuse. (*Soc. anat. Paris*, 16 juill.) — Riedel. Tumeur à répétition du corps thyroïde ayant la dureté du fer. (*Berlin. klin. Woch.*, 24 mai.) — Cnopf. Un cas de cachexie thyroïdienne. (*Münch. med. Woch.*, 1er juin.) — Briau. Traitement médical des goitres par l'iodothyrine. (*Lyon méd.*,

26 sept.) — SCHWARTZ. De l'énucléation massive sous-capsulaire des goitres solides. (*J. des Praticiens*, 18 sept.) — RODOCANACHI. 4 cas de goitre opérés, symptômes dangereux qui peuvent suivre l'opération. (*Lancet*, 9 oct.) — HOBBS. Goitre mixte traité par la thyroïdectomie. (*J. méd. Bordeaux*, 4 oct.) — THIRIAR. Goitre parenchymateux suffocant; thyroïdectomie; guérison. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 janv.)— BOETTICHER. Du goitre malin. (*Thèse de Wurzbourg.*) — RABÉ. Sarcome plongeant du corps thyroïde, végétation sarcomateuse intra-trachéale, mort par infection pleuropulmonaire double. (*Soc. anat. Paris*, 9 juill.) — TIFFANY. Sarcome primitif de la glande thyroïde. (*Ann. of Surg.*, oct.) — LIÉGEOIS. De l'œdème des membres dans le goitre exophtalmique et de son traitement. (*J. des Praticiens*, 7 août.) — SOUPAULT. Maladie de Basedow, examen du corps thyroïde et du thymus. (*Soc. anat. Paris*, 9 juill.) — HASKOVEC. Pathogénie de la maladie de Basedow. (*Méd. mod.*, 15 sept.) — BERTRAN. Valeur thérapeutique du courant galvanique dans le goitre exophtalmique. (*Ibid.*) — GLANTENAY. Traitement du goitre exophtalmique. (*Arch. gén. de méd.*, nov.) — WINTERNITZ. Le traitement hydrothérapique de la maladie de Basedow. (*Berl. klin. Woch.*, 3 avril.) — JONNESCO. Traitement chirurgical du goitre exophtalmique. (*Presse méd.*, 23 oct.) — SOULIÉ. De la maladie de Basedow, résection du sympathique cervical. (*Arch. prov. de chir.*, VI, p. 579.) — GIORGIEWSKY. Action des préparations thyroïdiennes sur l'organisme animal. (*Zeit. f. klin. Med*, XXXIII, p. 153.) — NEILSON. Etude sur les extraits thyroïdiens. (*J. Amer. med. Ass.*, 9 oct.)

Torticolis. — WALTON. Nature et traitement du torticolis spasmodique. (*J. of nerv. dis.*, oct.) — RUSSELL. Les racines des nerfs cervicaux, et thoraciques au point de vue du torticolis. (*Brit. med. j.*, 23 oct.)

Trachée. — PHILLIPPS. Dégénérescence calcaire des ganglions trachéaux, abcès du médiastin, fistules et perforations de l'aorte. (*Roy. med. and chir. soc.*, 26 oct.) — BRIAL. Etude d'un cas d'adénopathie trachéo-bronchique. (*J. méd. Bordeaux*, 10 oct.) — HECKER. Mort par hémorragie à la suite de la trachéotomie par érosion de l'artère innominée. (*Münch. med. Woch.*, p. 531, 18 mai.)

Tuberculose. — FLUEGGE. Les voies de diffusion de la phtisie. (*Deut. med. Woch.*, 14 oct.) — WILD. Sur le mode de développement de la tuberculose miliaire. (*Arch. f. path. Anat.*, CXLIX, 1.) — BUGGE. Historique de la tuberculose. (*Norsk Mag.*, août.) — FERRAN. Aptitudes saprophytes du bacille de la tuberculose, ses affinités avec le bacille typhique et le coli-bacille; propriétés immunisantes et thérapeutiques que possède ce bacille converti en saprophyte. (*Acad. des sc.*, 11 oct.) — AUCHÉ et HOBBS. Action de la tuberculose morte injectée dans la cavité péritonéale des grenouilles. (*Soc. de biol.*, 30 oct.) — ROSA. Effets chez les lapins d'injections intra-veineuses de masses caséeuses stérilisées. (*Cent. f. Bakt.*, XXII, p. 433.) — NOCARD. La tuberculose bovine et ses rapports avec la tuberculose humaine. (*Méd. mod.*, 28 août.) — KIMIN, POUPÉ et VÉSELY. Biologie et morphologie du bacille de la tuberculose. (*Ibid.*, 4 sept.) — DRODZA. Bases d'une thérapeutique rationnelle de la phtisie. (*Ibid.*) — DULLES. Sur la non-contagiosité de la tuberculose. (*Boston med. Journ.*, 2 sept.)— WHITTAKER. Le diagnostic précoce de la tuberculose. (*Med. News*, 25 sept.) — WINSLOW MITCHELL. Observations pratiques sur la tuberculose pulmonaire. (*Med. Record*, 18 sept.) — WILLIAMS. Dix-huit années d'observation personnelle de la tuberculose à Asheville. (*J. Amer. med. Ass.*, 21 août.) — BONNEY. Sur la tuberculose pulmonaire au Colorado. (*Ibid.*, 16 sept.) — KNARRE. La diffusion de la tuberculose

chez les marins du port de Cronstadt. (*Zeit. f. Hyg.*, XXIV, 3.) — Mays. Certaines phases de la phtisie pulmonaire étudiées au point de vue de la théorie du développement. (*N. York med. J.*, 25 sept.) — Morel-Lavallée. Le tempérament congestif et les phtisiques. La congestion pulmonaire dans la tuberculose. (*J. des Praticiens*, 21 août.) — Petit. Sur les longues trèves de la tuberculose pulmonaire et sur le réveil de celle-ci sous l'influence de la grippe. (*Bull. Acad. de méd. Belgique*, XI, p. 578.) — Greve. La tuberculose de la bouche. (*Deut. med. Woch.*, 26 août.) — Valude. Gomme tuberculeuse de la conjonctive et de la sclérotique, ablation, guérison. (*Ann. d'ocul.*, août.) — Leroux. Etude sur un cas de pneumo-thorax chez un tuberculeux. Epanchement pleural consécutif nécessitant la ponction de l'hydropneumothorax. (*France méd.*. 3 sept.) — Galliard. Tuberculose post dothiénentérique. (*Méd. mod.*, 25 sept.) — Ménard et Buffnoir. Tuberculose des os du crâne. (*Rev. d'orthop.*, VIII, p. 423.) — Runge et Trautenroth. Smegma et bacille tuberculeux. (*Fortch. d. Med.*, n° 23, 1896.) — Grethe. Idem. (*Hyg. Rundsch.*, VI, p. 782.) — Bourget. Symptômes successifs de tuberculose du péritoine, de l'intestin, des poumons, du larynx, de la plèvre, des méninges et de la cornée chez une fille de 20 ans encore vivante. (*Rev. méd. Suisse romande*, avril.) — Senn. Tuberculose des organes génitaux chez l'homme. — Van der Veer. Tuberculose des organes génitaux chez la femme. — Abbe. Tuberculose péritonéale. — Fowler. Chirurgie de la tuberculose intrathoracique. — de Forest Willard. Tuberculose des ganglions superficiels. (*Traus. Amer., surg. Assoc.* XIV, p. 53 et suiv.) — Kirmisson et Ardouin. Traitement conservateur des tuberculoses osseuses et articulaires de l'enfant. (*Rev. d'orthop.*, VIII, p. 476.) Vaughan. Prophylaxie de la tuberculose. (*Méd. mod.*, 28 août.) — Morot. La lutte contre la tuberculose animale dans les abattoirs. (*Ibid.*) — Dubousquet-Laborderie et Duchesne. Pathogénie et prophylaxie de la tuberculose. (*Gaz. des hôp.*, 7 sept.) — Whitcomb. Quelques observations sur le traitement de la phtisie au début. (*Med. Record*, 25 sept.) — Barton. Le traitement scientifique de la tuberculose pulmonaire. (*Ibid.*, 11 sept.) — Brush. Ce que nous devons faire pour nous garantir de la tuberculose. (*N. York med. J.*, 14 août.) — Ingraham. Traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections hypodermiques de solution iodée. (*Ibid.*, 23 oct.) — Egger. Des indications des climats d'altitude pour le traitement des tuberculeux. (*Corr. Blätt. f. schw. Aerzte*, 15 fév.) — Bourcart. Traitement climatique de la tuberculose. (*Scottish med. j.*, oct.) — Hess. Traitement de la phtisie au sanatorium de Falkenstein. (*Practitioner*, nov.) — Pompeani. Le climat d'Ajaccio et le traitement de la tuberculose pulmonaire. (*Thèse de Paris.*) — Gingeot. La créosote et la forme éréthique de la tuberculose pulmonaire. (*J. des Praticiens*, 19 juin.) — Lemoine. Indications et contre-indications de l'emploi de la créosote dans la phtisie pulmonaire. (*Echo méd. Nord*, 15 sept.) — Farina. De l'antithermie dans la tuberculose pulmonaire. (*Soc. de Thérap.* 23 juin.) — Flick. Le traitement de la tuberculose par les onctions iodoformées. (*J. Amer. med. Ass.*, 31 juill.) — Heusser. Traitement de la tuberculose par l'acide cinnamique. (*Therap. Mon.*, sept.) — Volland. Un mot sur le traitement de Schrœder et Grabilowitsch de la tuberculose. (*Ibid.*, oct.) — Paterson. Méthode d'immunisation contre l'infection tuberculeuse. (*Lancet*, 30 oct.) — Bukoysky. Sur la tuberculine de Koch, T. R. (*Wiener med. Woch.*, 2 oct.) — Buchner. A propos de la nouvelle tuberculine de Koch. (*Berlin. klin. Woch.*, 12 avril.) — Nocard. A propos de la nouvelle tuberculine de Koch. (*Bull. Acad. de méd.*, 24 mai.) — Mouton. La valeur de la tuberculine comme moyen de diagnostic. (*Münch. med. Woch.*, 1er juin.) — Schnabl. Expériences avec la nouvelle tuberculine. (*Cent. f. ges. Ther.*, oct.) — Trudeau et Baldwin. Le besoin d'améliorer la fabrication de la tuberculine.

(*Med. News*, 28 août.) — Whittaker. 6 années d'emploi de la tuberculine. (*Brit. med. j.*, 16 oct.) — Rembold, Spengler. Emploi de la tuberculine. (*Deut. med. Woch.*, 2 sept.) — Van Hoorn. Traitement du lupus et de la tuberculose vésicale par la nouvelle tuberculine. (*Ibid.*, 23 sept.) — Kaatzer. Traitement de la phtisie par la tuberculine. (*Ibid.*) — Petruschky. Traitement de la tuberculose d'après Koch. (*Ibid.*, 23 sept.) — Gerber et Prang. Premiers résultats de la nouvelle tuberculine. (*Ibid.*) — Wladimiroff. Le traitement sérothérapique de la tuberculose. (*St-Petersb. med. Woch.*, 21 août.)— De Schweinitz et Dorset. Quelques produits du bacille tuberculeux et traitement de la tuberculose expérimentale avec le sérum antitoxique. (*Cent. f. Bakt.*, XXII, p. 209.) — Hager. Mon expérience du sérum anti-tuberculeux de Maragliano. (*Münch. med. Woch*, n° 853, 3 août.) — Anderson. Mon expérience avec le sérum antituberculeux de Paquin. (*J. Amer. med. Ass.*, 21 août.)— Skulteki. La sérothérapie dans la tuberculose chirurgicale. (*Gaz. d. Osped.*, 10 oct.) — Lannelongue. Thérapeutique générale des tuberculoses d'ordre chirurgical et plus spécialement ostéo-articulaires. (*Bull. méd.*, 22 août.) — Henle. Traitement des arthrites tuberculeuses et des abcès froids à la clinique de Breslau 1890-96. (*Thèse de Breslau.*) — Eve. Tuberculose chirurgicale traitée par la tuberculine de Koch. (*Lancet*, 18 sept.)

Typhoide. — Vaillard. Sur l'étiologie de la fièvre typhoïde. (*Bull. méd.*, 6 oct.) — Harbitz. Sur les causes de l'épidémie typhique à Christiana en 1896. (*Norks Mag.*, avril.) — Verekoundoff. Influence du filtre de la ville sur la fièvre typhoïde à Saint-Pétersbourg. (*Thèse de St-Pétersb.*) — Geschwind. Fièvres typhoïdes attribuées à l'épandage direct des matières fécales sur les légumes. (*Bull. Acad. de méd.*, 20 avril) — Germano. De la transmission de la fièvre typhoïde par l'air. (*Zeit. f. Hyg.*, XXIV, 3.) — Foerster. Recherches quantitatives sur le pouvoir agglutinant et bactéricide du sérum sanguin des typhiques. (*Ibid.*) — Widal. Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. (*Méd. mod.*, 18 sept.) — Grunbaum. Un mot sur l'histoire du séro-diagnostic. (*Ann. Inst. Pasteur*, XI, p. 670.) — Widal. Réponse. (*Ibid.*, p. 671.) — Antony et Ferré. Deux cas de séro-diagnostic de la fièvre typhoïde négatifs avec présence du bacille d'Eberth dans le sang. (*J. méd. Bordeaux*, 25 juill.) — Van de Velde. Pouvoir agglutinant d'un sérum de cheval vacciné contre la fièvre typhoïde. (*Soc. de biol.*, 9 oct.) — Weinberg. Recherche de la séro-action chez les anciens typhiques. (*Ibid.*, 23 oct.) — Van de Velde. Etude sur les résultats négatifs obtenus par la méthode de Widal dans le diagnostic de la fièvre typhoïde. (*Bull. Acad. de méd. Belgique*, n° 3.) — Van de Velde. Influence de la chaleur, des sels des métaux lourds et d'autres antiseptiques sur les cultures de bacille typhique employées dans la séro-diagnose de la fièvre typhoïde. (*Ibid.*, n° 3.). — Scheffer. Du séro-diagnotic de Widal pour la fièvre typhoïde. (*Berlin. klin. Woch.*, 15 mars.) — Richard Stern. Des causes d'erreur du séro-diagnostic. (*Ibid.*, 15 mars.) — Welch. Les principes du séro-diagnostic de la typhoïde. (*J. Amer. med. Ass.*, 14 août.) — Musser, Swan, Cabot. Etude du séro-diagnostic de Widal. (*Ibid.*) — Da Costa. Le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde avec le sang desséché. (*N. York med. j.*, 21 août.) — Mc Farland. Méthode de dosage d'une quantité de sang pour la réaction typhique quantitative. (*Ibid.*, 25 sept.) — Gruber. Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. (*Münch. med. Woch.*, 27 avril.) — Sterling. La méthode d'Elsner pour la démonstration du bacille typhique. (*Cent. f. Bakt.*, XXII, p. 334. — Brown. Réaction de Widal sous les tropiques. (*Lancet*, 23 oct.) — Hammerschlag. La réaction typhique de Widal. (*Prager med. Woch.*, 29 juill.) — Nachod. Le séro-diagnostic typhique chez les enfants. (*Ibid.*,

14 oct.) — RENARD. De la séro-réaction chez les anciens malades guéris de la fièvre typhoïde. (*Thèse de Paris.*) — URBAN. Recherches hématologiques dans le cours de la fièvre typhoïde séro-diagnostic de Gruber-Widal. (*Wiener. med. Woch.*, 7 août.) — FEINDEL. Le séro-diagnostic. (*Arch. gén. de méd.*, oct.) — VOLYNTZEW. Sur la fièvre typhoïde abortive et ses rapports avec la réaction de Widal. (*Vratch,* 25 sept.) — WIERTZ. Résultats du séro-diagnostic de Widal. (*Thèse de Bonn.*) — DOGLIOTTI. Absence de la réaction agglutinante dans une culture de bacille thyphique additionnée de sérum et d'autres liquides provenant d'un fœtus infecté par le bacille d'Eberth. (*Giorn. Accad. di med. Torino,* juin.) — COLVILLE et DONNAN. 100 cas de séro-diagnostic typhoïde. (*Brit. med. j.*, 16 oct.) — CHANTEMESSE et RAMOND. Fièvre typhoïde expérimentale. (*Bull. med.*, 18 juill.) — ROBIN. Uro-diagnostic de la fièvre typhoïde. (*Ibid.*, 13 oct.) — TYSON. Dosages de l'urée dans des cas de typhoïde traité par la méthode de Brand. (*Amer. j. of med. sc.*, sept.) COUDEYNAS. Des formes légères de la fièvre typhoïde. (*Thèse de Paris.*) — OPENCHOSWKI. Pathologie du sang dans la fièvre typhoïde et dans la pneumonie. (*Vratch,* 24 juill.) — JACCOUD. Des rechutes de la fièvre typhoïde. (*L'Abeille méd.*, 18 sept.)— JEMMA. Méningite par bacille d'Eberth dans le cours de la fièvre typhoïde. (*Semaine méd.*, 30 oct.) — OHLMACHER. Deux cas de méningite typhique. (*J. Amer. med. Ass.*, 28 août.) —EBSTEIN. Paralysie motrice initiale dans le domaine du nerf oculo-moteur et complications consécutives dans un cas de typhus abdominal. (*Arch. f. path. Anat.*, CXLV, 1.) — BOSSI. Hémiplégie incomplète par endartérite typhique. (*Gaz. d. Osped.*, 17 oct.) — CURTIN. Statistique de 60 cas de typhoïde compliqués d'hémorragies intestinales. (*J. Amer. med. Ass.*, 25 sept.) — BRUNTON et BOWLBY. Perforation d'une ulcère typhoïde, laparotomie, guérison. (*Med. chir. Trans.*, LXXX, p. 119.) — HERRINGHAM et BOWLBY. Fièvre typhoïde, signes de perforation, laparotomie, pas de lésions. (*Ibid.*) — HAWKINSK. Ictère et perforation de la vésicule biliaire dans la fièvre typhoïde. (*Ibid.*, p. 131.) — HAEGLER-PASSAVANT. Perforation intestinale suite de fièvre typhoïde, guérison spontanée. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte,* 1er sept. 1896.) — OSLER. Complications hépatiques de la fièvre typhoïde. (*Edinb. med. j.*, nov.) — MUCHSAM. Ostéopériostite métatarsienne après la fièvre typhoïde chez un enfant de 5 ans. (*Cent. f. Chir.*, 4 sept.) — BRIDGES. Périostite post-typhique. (*N. York med. j.*, 9 oct.) — MOELLER. Des affections osseuses dans la typhoïde. (*Thèse de Greisfwald.*)— PIT'HA. De la suppuration post-typhoïde des kystes de l'ovaire. (*Cent. f. Gyn.*, 18 sept.) — LYONNET, MÉRIEUX et CARRÉ. Essais d'immunisation du cheval contre le bacille typhique. (*Lyon méd.*, 22 août.) — VIKO. Sur le traitement de la typhoïde. (*J. Amer. med. Ass.*, 7 août.) — MARTIN. Les méthodes de prophylaxie de la fièvre typhoïde fondées sur la microbiologie. (*N. Montpellier méd.*, 24 juill.) — QUEIROLO. Traitement diététique de la fièvre typhoïde. (*Semaine méd.*, 30 oct.) — FILIA. Les désinfectants intestinaux dans le traitement de la typhoïde. (*Morgagni*, août.) — HARE. 2 ans d'expérience du bain froid dans la typhoïde. (*Practitioner*, sept.)

U

Ulcère. — MONOD. Du mal perforant plantaire. (*Thèse de Paris.*) — TALLGUIST. Sur la transplantation de la peau dans l'ulcère de la jambe. (*Finska lakar. handlingar*, juil.)

Urémie. — Gottheiner. Le poison urinaire et l'urémie, présence de l'acide lactique dans le sang. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXIII, p. 315.) — Morlot. Urémie paralytique. (*Bourgogne méd.*, juin.) — Gumpertz. Urémie simulant d'abord une ataxie locomotrice. (*Berlin. klin. Woch.*, 31 mai.) — Papi. Epilepsie partielle d'origine urémique. (*Gaz. d. Osped.*, 19 sept.) — Huchard. Quelques considérations sur les urémies et leur traitement. (*J. des Praticiens*, 17 juil.) — Le Gendre. Sur le traitement des urémies. (*Ibid.*, 10 juil.) — Lemoine. Traitement de la dyspnée urémique par l'éther à haute dose. (*Presse méd.*, 13 oct.) — Berg. Plaidoyer en faveur de l'usage plus fréquent de l'endoscope dans les affections chroniques de l'urètre. (*Med. Record*, 21 août.) — Valentine. Sur le nouveau dilatateur urétral de Kollmann. (*Ibid.*, 28 août.) — Feleki. Sur les injections urétrales. (*Wiener med. Woch.*, 7 août.) — Wohlgemuth. Pathologie et traitement du prolapsus de l'urètre chez la femme. (*Deut. med. Woch.*, 4 nov.) — Barwell. Infiltration urinaire (rupture de l'urètre dans le coït.) (*Lancet*, 3 avril.) — Hottinger. Rétrécissement acquis de l'orifice externe et de la partie antérieure de l'urètre. (*Cent. f. Krank. d. Harn.*, 9 oct.) — Delagenière. Urètre atteint de rétrécissement fibreux cicatriciel consécutif à l'électrolyse, méat périnéal de Poncet, guérison. (*Arch. méd. Angers*, I, p. 480.) — Mac Gowan. La valeur de la méthode de Fort dans le traitement des rétrécissements de l'urètre. (*J. of cut. dis.*, sept.) — Howland. L'électrolyse dans les rétrécissements de l'urètre. (*Ibid.*) — Ravanier. Traitement des rétrécissements traumatiques de l'urètre membraneux. (*Gaz. hebd. Paris*, 10 oct.) — Fabre. Urétrectomie et urétrorraphie. (*Arch. méd. de Toulouse*, 15 sept.) — Chevalier. Technique de l'urétrotomie interne. (*J. des Praticiens*, 30 oct.) — Loumeau. Calcul de l'urètre prostatique. (*Ann. policlin. Bordeaux*, sept.)

Urinaires (Voies). — Rovsing. Etudes cliniques et expérimentales sur les affections infectieuses des voies urinaires. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, sept.) — Fangoin. De la rétention d'urine d'origine nerveuse chez la femme. (*Thèse de Paris.*) — Delbanco. Cystite et uretérite cystique, de la formation de cloison dans la muqueuse des conduits urinaires. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXV, p. 1.) — Richard d'Aulnay. Du bleu de méthylène dans certaines affections des voies urinaires. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 oct.) — Rose. Des fistules urinaires chez les vieillards. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLVI, p. 93.) — Fabrikant. De la taille haute dans les rétrécissements de l'urètre et les fistules urinaires. (*Arch. f. klin. Chir.*, LV, p. 831.) — Ebstein. Pathogénie des calculs urinaires. (*Méd. mod.*, 15 sept.)

Urine. — Lindemann. De l'action de la contre-pression de la sécrétion urinaire. (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, XXI, p. 500.) — Haussmann. De l'acidité de l'urine et de sa valeur clinique. (*Berl. klin. Woch.*, 11 mai 1896.) — Labadie-Lagrave, Boix et Noé. Toxicité urinaire chez le cobaye en gestation. (*Arch. gén. de méd.*, sept.) — Seubert. Des altérations de l'urine dans la fièvre typhoïde. (*Thèse de Fribourg.*) — Benedicenti. Quelques examens d'urines de militaires après une marche. (*Arch. ital. de biol.*, XXVII, p. 321.) — Posner. Quelques procédés d'examen clinique des urines. (*Berlin. klin. Wochens.*, 31 mai.) — Lehmann. Modification au procédé de dosage du sucre. (*Berl. klin. Woch.*, 5 avril.) — Salkowski. Cause d'erreur dans l'analyse des propeptones de l'urine. (*Ibid.*, 26 avril.) — Bondzinski et Gottleib. Des acides oxyprotéiques de l'urine. (*Cent. für med. Wiss.*, 14 août.) — Tœpfer. Idem. (*Ibid.*, 9 oct.) — Jerome. La formation de l'acide urique et l'influence du régime sur son élimination quotidienne. (*J. of phys.*, XXII, p. 146.) — Riegler. Nouveau

procédé de détermination volumétrique de l'acide urique. (*Wiener med. Blätter*, 27 mai.) — Riegler. Une nouvelle réaction de l'acide urique. (*Ibid.*, 1er juill.) — Zagari et Pace. L'acide urique dans diverses conditions pathologiques. (*Riforma med.*, 25 mai.) — Reed. Etude de la cause et de l'effet de l'acide urique dans l'état de maladie. (*J. Amer. med. Ass.*, 28 août.) — Salaskine. Sur la question de l'urobiline en uroroséine. (*Arch. sc. biol. Saint-Pétersbourg*, V, p. 375.) — Keyzer. De l'hématoporphyrine dans l'urine. (*Thèse de Fribourg.*) — Schulte. De l'hématoporphyrinurie. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LVIII, p. 313.) — Mallat. Sur la recherche de l'acétone dans l'urine. (*J. de pharm.*, 1er oct.) — Nebelthau. De l'acétonurie. (*Cent. f. inn. Med.*, 25 sept.) — Stange. Un cas d'alcaptonurie. (*Arch. f. path. Anat.*, CXLVI, 1.)

Utérus. — Maxwell. Utérus sénile irritable. (*Amer. j. of Obst.*, oct.) — Ebstein. Marche particulière de la maladie dans le cas d'utérus unicornis et de rein unique. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXLV, 1.) — Gruner. Utérus et trompe de Fallope chez un homme. (*Giorn. Accad. di Medic. Torino*, mai.) — Audebert. Traitement des tranchées utérines. (*Gaz. hebd. Paris*, 3 juin.) — Dauchez. Dans quels cas peut-on pratiquer l'hystérométrie. (*France méd.*, 7 mai.) — Kaufman. De la phlébectasie de l'utérus et des annexes. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXVII, p. 201.) — Lamy. Des métrorragies chez les jeunes filles. (*Thèse de Nancy*, 1896.) — Barone. De la métrite hémorragique. (*Riv. clin. e terap.*, sept.) — Romme. Traitement des endométrites hémorragiques par l'ébouillantement. (*Presse méd.*, 2 oct.) — Doléris. Du diagnostic différentiel de l'appendicite et de la salpingite. (*Bull. méd.*, 17 oct.) — Ilkewitsch. Traitement de l'endométrite par l'acide lactique. (*Cent. f. Gyn.*, 30 oct.) — Polak. Le tamponnement de l'utérus après le curetage. (*Med.News*, 18 sept.) — Lippé. Oblitération du col utérin. (*Brit. med. j.*, 23 oct.) — Le diagnostic et le traitement de la tuberculose intra-pelvienne. (*Brit. med. j.* 23 oct.) — Hegar. Tuberculose des trompes et du péritoine pelvien. (*Deut. med. Woch.*, 4 nov.) — Vitrac. Tuberculose végétante du col de l'utérus. (*J. Méd. Bordeaux*, 8 août.) — Webster. De la déviation latérale et de la rotation de l'utérus. (*Edinb. med. j.*, sept.) — O. Semb. De la valeur pathologique des déviations de l'utérus. (*Norsk Mag.*, août.) — Edebohls. La mobilité excessive de l'utérus. (*Amer. Gyn. j.*. sept.) — Smith. 147 opérations pour rétroversion. (*Ibid.*) — Reynier. Des ptoses utérines. (*Semaine gyn.*, 21 sept.) — Pozzi. Des indications du traitement opératoire dans les rétrodéviations de l'utérus. (*Rev. de Gyn.*, I, p. 387.) — Friedrich. De la guérison de la rétroflexion par le pessaire. (*Thèse de Kiel.*) — Mann. Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds pour la rétroflexion utérine. (*Ann. of Gyn.*, sept.) — Wiggin. Traitement du prolapsus complet de l'utérus et du vagin. (*Med. News*, 11 sept.) Snyers. Hystérectomie vaginale après raccourcissement des ligaments ronds. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 juil.) — Grœnholm. Du traitement des prolapsus génitaux. (*Fniska lakar. handlingar*, XXXIX, p. 926.) — Webb. Le traitement opératoire des déplacements utérins. (*Lancet*, 28 août.) — Le traitement radical et palliatif des flexions et déviations utérines. (*Brit. med. j.*, 23 oct.) — Asch. Technique de l'opération d'Alexander Adams. (*Cent. f. Gyn.*, 4 sept.) — Schweiger. 10 cas d'opération d'Alexander. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 1er sept. 1896.) — Andries. Du traitement opératoire de la rétroflexion utérine. (*Thèse de Berlin.*) — Steffeck. 16 cas de cœliotomie vaginale. (*Berlin. klin. Woch.*, 2 nov. 1896.) — Hayd. Sur la fixation ventrale. (*Amer. j. of Obst.*, oct.) — Fournier. Hystéropexies abdominales antérieures. (*Gaz. méd. Picardie*, juin.) — Hayd. De la ventro-fixation. (*Annals of gyn.*, oct.) — Sippel. De la ventro-fixation

utérine. (*Cent. f. Gyn.*, 2 oct.) — CHRZANOWSKI. Inversion totale de l'utérus. (*Cent. f. Gyn.*, 23 oct.) — BOURQUIN. Rupture de l'utérus guérie. (*Rev. médic. Suisse romande*, XVI, p. 500.) — RAPIN. Rupture de l'utérus chez une multipare à bassin rétréci, mort. (*Ibid.*, avril.) — FISCHEL. Un cas d'hématocèle solitaire péritubaire pseudo-kystique. (*Mon. f. Geburts.*, VI, 2.) — V. SEE. De l'hématocolpos et de l'hématomètre. (*Thèse de Leipzig.*) — LWOW. Apoplexie de l'ovaire droit, hématome rétro-utérin avec apparence de grossesse tubaire et de déchirure de la trompe ; pyosalpinx gauche ; laparotomie ; guérison après le traitement avec le sérum antistreptococcique. (*Vratch*, 11 sept.) — MADDEN. Traitement conservateur dans les affections de la trompe. (*Ther. Gaz.*, 15 sept.) — EGOROFF. Traitement des hématocèles rétro-utérines. (*Journ. d'obst. et de gyn. russes*, avril.) — DUHRSSEN et H. MARTIN. De la colpotomie dans les cas d'inflammation des annexes de déplacement et de néoplasmes de l'utérus. (*Ann. de gyn.*, oct.) — SIEUR. De l'intervention par la voie sacrée dans les tumeurs et inflammations des organes génitaux. (*Semaine gyn.*, 19 oct.) — ROUFFART. De la castration abdominale totale dans les affections septiques de l'utérus. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 juil.) — GŒLET. La technique de la section vaginale dans les affections et les tumeurs du petit bassin. (*Med. Record*, 24 juil.) — REYNOLDS. Le choix entre les incisions abdominale ou vaginale dans le traitement opératoire des affections pelviennes aiguës. (*Boston med. Journ.*, 12 août.) — RICHELOT. L'hystérectomie abdominale totale contre les affections des annexes. (*Rev. de chir.*, sept.) — PICQUÉ. Kyste du ligament large à diagnostic difficile. (*Bull. méd.*, 22 sept.) — J.-L. REVERDIN. Hystérectomie vaginale et extirpation partielle par laparotomie d'un kyste du ligament large gauche pris pour un fibrome utérin avec salpingite ; mort par hémorragie dans les restes du kyste. (*Rev. médic. Suisse romande*, mars, p. 202.) — MOUCHET. Utérus bourré de fibromes chez une vierge de 28 ans. (*Soc. anat. Paris*, 25 juin.) — PILLIET. Fibrome utérin avec rétroversion de l'utérus. (*Ibid.*, 2 juil.) — FRAIKIN. Fibrome de l'utérus. Urines graisseuses. (*J. méd. Bordeaux*, 17 oct.) — PICHEVIN. Fibrome ramolli simulant un kyste de l'ovaire. (*J. de méd. Paris*, 5 sept.) — FISCHER. Fibrome et kyste dermoïde du ligament large. (*Mon. f. Geburts.* V, 4.) — FEUCHTWANGER. Des myomes utérins avec formations ostéo-cartilagineuses. (*Thèse de Strasbourg.*) — MARTIN. Pronostic des tumeurs fibreuses de l'utérus. (*Normandie méd.*, 15 sept.) — BÉGOUIN. Coexistence du fibrome et du cancer de l'utérus. (*Gaz. hebd. Bordeaux*, 29 août.) — MARTIN. Torsion du pédicule d'un fibrome utérin. (*Normandie méd.*. 15 août.) — PILLIET et DELAUNAY. Fibrome utérin à pédicule tordu. (*Soc. anat. Paris*, 23 juil.) — PILLIET. La torsion du pédicule dans les fibromes de l'utérus. (*Tribune méd*, 6 oct.) — KELLEY. Le traitement conservateur de l'utérus myomateux. (*J. Amer. med. Ass.*, 2 oct.) — TIMMLING. Amputation sus-vaginale d'un utérus fibromateux de 20 mois. (*Berl. klin. Woch.*, 10 mai.) — MARTIN. Traitement des fibromes utérins par la ligature de la base du ligament large. (*Brit. med. j.*, 23 oct.) — STONE. 25 hystérectomies sus-vaginales pour fibromes. (*Amer. gyn. j.*, août.) — JACOBI. Extirpation abdominale totale dans le traitement du fibrome utérin. (*Ass. Soc. belge chir.*, 15 juil.) — FARGAS. De l'hystérectomie abdominale dans les myomes utérins. (*Broch. Madrid.*) — SEGOND. L'hystérectomie abdominale totale dans l'ablation des gros fibromes et le traitement des suppurations pelviennes, considérations sur son manuel opératoire et sur la supériorité du procédé américain. (*Revue de gyn.*, I, p. 605.) — KLINGSLEY. Hystérectomie. (*Med. Record*, 21 août.) — LAUWERS. Résultats immédiats et définitifs de l'hystérectomie abdominale à pédicule rentré. (*Bull. Acad. de méd. Belgique*, n° 1.) — V. STRAUCH. Méthode d'hystérectomie vaginale. (*Mon. f. Geburts.*, VI, 2.) — FAURE. Sur un nouveau procédé d'hys-

térectomie abdominale totale, la section médiane de l'utérus. (*Presse méd.*, 19 oct.) — DAVIS. Examen de 66 cas consécutifs d'hystérectomie vaginale. (*J. Amer. med. Ass.*, 18 sept.) — DIRIART. Technique de Routier pour l'hystérectomie abdominale totale. (*Ann. de gyn.*, sept.) — HAMANS. Indications et technique de l'hystérectomie. (*Amer. j. of med. sc.*, sept.) — HALL. Les suites de l'hystérectomie sus-vaginale. (*Amer. j. of obst.*. oct.) — WENTZEL. Du papillome kystique de l'utérus. (*Thèse de Wurzbourg.*) — LEWERS. Sarcome primitif du corps de l'utérus, déciduome malin chez une femme de 24 ans, hystérectomie vaginale. (*Trans, obst. soc. London*, XXXIX, p. 246.) — VITRAC. Fibro-sarcome. (*J. méd. Bordeaux*, 8 août.) — ILL. L'époque de la ménopause et le diagnostic de l'épithéliome de l'utérus. (*Med. Record*, 9 oct.) — WISSELINCK. Traitement du cancer de l'utérus. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXVII, p. 225.) — LEO. La méthode sacrée d'extirpation totale de l'utérus. (*Thèse de Berlin.*) — DAVIDE. Limite de l'opérabilité du cancer utérin. (*Riv. Veneta sc. med.*, 31 août.) — CHROBAK. Extirpation vaginale de l'utérus gravide pour cancer. (*Cent. f. Gyn.*, 18 sept.)

V

Vaccine. — EVERETT. Un incident dans l'histoire de la vaccination. (*Boston med. j.*, 22 juill.) — ESTRADE. La vaccine au Laos. (*Arch. de méd. nav.*, oct.) — HAY. Remarques sur la vaccination. (*Wiener med. Woch.*, 17 juil.) — SAINT-YVES MÉNARD. La déclaration obligatoire des maladies contagieuses et la petite vérole. Vaccination gratuite aux domiciles des varioleux. (*Rev. d'hyg.*, avril.) — DELOBEL et COZETTE. Vaccine et vaccination. (In-16°, 208 p., *Paris* et *Presse méd.*, 25 sept.) — SALMON. Recherches sur l'infection dans la vaccine et la variole. (*Ann. Inst. Pasteur*, XI, p. 289.) — SPANGARO. De l'immunité et de l'immunisation. (*Gaz. d. Osped.*, 19 sept.) — REID. De l'immunité acquise. (*Lancet*, 11 sept.) — CASTRONUOVO. Importance de la réaction locale dans la genèse de l'immunité. (*Semaine méd.*, 30 oct.) — PALERMO. Influence des lésions des centres nerveux sur l'immunité passive. (*Ibid.*) — ROGER. Etude sur l'immunité, rôle et importance des modifications humorales dans l'immunité acquise. (*Presse méd.*, 18 août.)

Vagin. — PETIT et VALLON. Vaginisme avec orgasmes vénérien lié à la réplétion vésicale. (*J. de méd. Paris*, 29 août.) — SZULC. De l'atrésie membraneuse du vagin. (*Thèse de Greifswald.*) — VEDIN. Un cas d'atrésie acquise du vagin compliqué de grossesse. (*Med. Record*, 2 oct.) — STAWELL. Un cas d'occlusion de la portion supérieure du vagin. (*Dublin Journ.*, 1er sept.) — CZEMPIN. Absence de vagin ; incontinence d'urine ; utérus rudimentaire avec ovaire unique. Opération. (*Berlin. klin. Wochens.*, 28 déc. 1896.) — TAILHEFER. Sur un kyste du vagin. (*Gaz. hebd.*, *Paris*, 7 oct.)

Vaisseau. — ZIEGLER. Blessures par piqûres des gros vaisseaux des membres. (10 cas). (*Münch. med. Woch.*, 6, juill.) — SORRENTINO. Des plaies vasculaires. (*Riforma med.*, 7 août.)

Variole. — SOLOWTZOW. Sur les microbes de la variole. (*Arch. russes de*

pathol., juil.) — Terni. De l'infection variolique. (*Semaine méd.*, 30 oct.) — Reed. Apparition de corps amœboïdes dans le sang des vaccinés et des variolés. (*J. of exp. med.*, II, p. 515.) — Finlay. Kératite variolique. (*Arch. of opht.*, XXVI, p. 391.) — Kolbasenko. L'ichtyol dans la variole. (*Vratch*, 18 sept.)

Veine. — Hervouet. Sur les murmures veineux du cou. (*Gaz. méd.*, *Nantes*, 23 oct.) — Jahn. De la phlegmatia alba puerpérale. (*Thèse de Berlin.*) — Delbet. Du rôle de l'insuffisance valvulaire de la saphène interne dans les varices du membre inférieur. (*Semaine méd.*, 13 oct.) — Recasens. De la polyphlébite infectieuse de nature streptococcique. (*Méd. mod.*, 15 sept.) — Vetherby. Un cas rare de veines variqueuses. (*J. Amer. med. Ass.*, 7 août.) — Riolacci. Traitement des varices et des ulcères variqueux par l'incision de la saphène. (*Loire méd.*, 15 juil.)

Vessie. — Versari. Recherches sur la tunique musculaire de la vessie et spécialement sur le muscle sphincter interne. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, oct.) — Sutherlin. De la cystoscopie et du cathétérisme des uretères. (*Thèse de Berlin.*) — Guépin. Des inconvénients de la strychnine dans certains cas de parésie vésicale. (*France méd.*, 4 juin.) — Garceau. Quelques cas de cystites chez la femme. (*Boston med. j.*, 29 juil.) — Moty. Cystite ancienne rebelle, taille hypogastrique, curetage, guérison. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, août.) — Gahoubran. Fibrome de la vessie. (*Ibid.*) — Wiesinger. Cystite putride avec incontinence d'urine ; taille hypogastrique ; calcul logé dans un diverticule tranversal. (*Berlin. klin. Wochens.*, 17 mai.) — Rochet. Les abcès de la vessie chez les vieux urinaires. (*Arch. prov. de Chir.*, VI, p. 554.) — Cotterell. Tuberculose de la vessie, taille sus-pubienne, curetage. (*Lancet*, 9 oct.) — Bolognesi. Les lavages vésicaux. (*Bull. gén. de Thérap.*, 30 oct.) — Milton. La lithotritie, méthode de choix dans le traitement des calculs vésicaux volumineux. (*Med. Record*, 18 sept.) — Bakker. 204 cas de litholapaxie. (*Lancet*, 11 sep.) — J. Lépine. Sur la cystostomie sus-pubienne. (*Gaz. hebd.*, *Paris*, 19 août.) — Bishop. 2 cas de taille sus-pubienne avec suture immédiate de la vessie. (*Pratitioner*, oct.) — Dienst. Des diverticules de la vessie. (*Thèse d'Erlangen.*) — Czerny. Résection d'un diverticule de la vessie. (*Beit. z. klin. Chir.*, XIX, p. 247.) — De Bovis. Cystocèles herniaires. (*Gaz. des hôp.*, 9 oct.) — Von Arx. Opération de la cystocèle vaginale. (*Corresp. Blatt. f. schw. Aerzte*, 15 avril.) — Hermes. Des hernies de la vessie. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLV, p. 245.) — Dubar et Masset. 2 cas de hernie de la vessie rencontrés au cours de cure radicale de hernie inguinale. (*Écho méd. Nord*, 26 sept.) — Harrison. Extroversion de la vessie par la néphrectomie du rein gauche. (*Med. Record*, 1er mai.) — Koch. Modification de l'opération de Trendelenburg pour l'exstrophie vésicale. (*Cent. f. Chir.*, 11 sept.) — Curtis. Résection partielle de la vessie pour ulcère causé par le distoma hœmatobium. (*Brit. med. j.*, 9 oct.) — Kanamori. Deux cas de tumeurs de la vessie ayant déterminé une hydronéphrose dans l'un des reins et une hypertrophie compensatrice dans l'autre. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXLVII, 1.) — Lahann. Carcinome primitif de la vessie. (*Thèse de Munich.*)

Vomissement. — Greene. Moyen d'arrêter les vomissements graves par le tubage du larynx. (*Brit. med. j.*, 16 oct.) — Bousquet. 2 cas de vomissements incoercibles de la grossesse, avortement provoqué, guérison. (*Centre méd.*, 1er nov.) — Antouchewitch. Traitement des vomissements incoercibles de la grossesse. (*Presse méd.*, 11 sept.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie **Masson et Cie**, boulevard Saint-Germain, 120.

L'Œuvre médico-chirurgicale, Dr Critzman, directeur. — *Suite de monographies cliniques sur les questions nouvelles en médecine, en chirurgie et en biologie. Complément de tous les traités de pathologie, de clinique et de thérapeutique.*

No 1. *L'Appendicite*, par le Dr Félix Legueu, chirurgien des hôpitaux de Paris.

No 2. *Le traitement du mal de Pott*, par le Dr A. Chipault, assistant de consultation à la Salpêtrière.

No 3. *Le Lavage du sang, par injection sous-cutanée ou intra-veineuse à eau salée (sérum artificiel),* par le Dr Lejars, chirurgien des hôpitaux de Paris, professeur agrégé à la Faculté, membre de la Société de chirurgie.

No 4. *L'Hérédité normale et pathologique*, par le Dr Ch. Debierre, professeur d'anatomie à l'Université de Lille.

No 5. *L'Alcoolisme*, par le Dr Jaquet, privat-docent à l'Université de Bâle.

Origine de la Doctrine microbienne : Alphonse Guérin, *sa vie, ses œuvres*, par M. Orieulx de la Porte. (Un volume in-18 de 175 pages.) — Prix : 2 fr. 50.

Leçons sur les bactéries pathogènes faites à l'Hôtel-Dieu (annexe), par P. Duflocq. (Un volume in-8o de 686 pages.) — Prix : 10 francs.

Traité du paludisme, par A. Laveran, membre de l'Académie de médecine, membre correspondant de l'Institut de France et de l'Académie de médecine de Saint-Pétersbourg, membre honoraire de la Société royale médico-chirurgicale de Londres. Ouvrage contenant 27 figures dans le texte et 1 planche en couleurs. (Un volume grand in-8o.) — Prix : 10 francs.

Chirurgie du poumon en particulier dans les cavernes tuberculeuses et la gangrène pulmonaire, par le Dr Tuffier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital de la Pitié. (Un volume grand in-8o de 175 pages.) — Prix : 6 francs.

Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire, publiée sous la direction de M. H. Léauté, membre de l'Institut.

Spectroscopie biologique. — Spectroscopie des organes, des tissus, des humeurs, par le Dr A. Hénocque, directeur adjoint du laboratoire de physique biologique du Collège de France.

Librairie **O. Doin**, 8, place de l'Odéon, Paris.

La pratique des accouchements à l'usage des sages-femmes, par MM. P. Budin, accoucheur en chef de la Maternité, professeur agrégé à la Faculté, membre de l'Académie de médecine de Paris, et E. Crouzat, professeur de clinique d'accouchement à la Faculté de médecine de Toulouse. Deuxième édition corrigée et augmentée. (Un fort volume in-18 de 815 pages avec 127 figures dans le texte.) — Prix : broché, 8 francs; cartonné, 9 francs.

La dissection anatomique et histologique de l'organe auditif de l'homme à l'état normal et pathologique, à l'usage des anatomistes, des médecins auristes et des étudiants, par le Dr Adam Politzer, professeur d'otologie à l'Université de Vienne, traduction du Dr F. Schiffers, professeur à l'Université de Liège. (Un volume in-8° de 270 pages avec 164 figures et une planche dans le texte.) — Prix : 10 francs.

L'intervention chirurgicale dans les épilepsies. — Rapport lu au premier Congrès international de psychiatrie, de névrologie et d'hypnologie, tenu à Bruxelles du 14 au 19 septembre 1897, par le Dr C. Winkler, professeur de psychiatrie et névrologie à l'Université d'Amsterdam. (Une brochure in-8° de 84 pages.) — Prix : 2 fr. 50.

XIIe Congrès international de médecine, Moscou (août 1897). — *Section des maladies nerveuses et mentales. — L'hypnotisme et la suggestion dans leurs rapports avec la médecine légale*, par le Dr Bernheim, professeur à la Faculté de médecine de Nancy. (Un grand in-8° de 103 pages.) — Prix : 2 francs.

Recherches sur la structure de la rate, par le Dr N. C. Paulesco. (Un volume in-8° de 80 pages, avec 7 figures dans le texte.) — Prix : 2 francs.

Collection Testut. Nouvelle bibliothèque de l'étudiant en médecine. — Précis de bactériologie pratique, par Jules Courmont, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, médecin des hôpitaux, membre correspondant de la Société de biologie. (Un volume grand in-18, cartonné toile, de 476 pages avec 235 figures dans le texte. — Prix : 7 francs.

Collection Testut. Nouvelle bibliothèque de l'étudiant en médecine. — Précis de chimie physiologique et pathologique, par L. Hugounenq, professeur de chimie médicale à la Faculté de médecine de Lyon. (Un volume grand in-18, cartonné toile, de 612 pages avec 111 figures dans le texte, dont 14 tirées en couleurs et une planche chromolithographique hors texte.) — Prix : 8 francs.

Toxicologie africaine : Étude botanique, historique, ethnographique, chimique, physiologique, thérapeutique, pharmacologique, posologique, etc., sur les végétaux toxiques et suspects propres au continent africain et aux îles adjacentes, par le Dr A.-T. de Rochebrune, assistant au Muséum, etc., précédée d'une préface de M. le professeur Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris, etc., avec 5,000 figures dans le texte, par M. Charles Richard, préparateur au Muséum. (4e fascicule in-8° de 192 pages avec 79 figures dans le texte.) — Prix : 5 francs.

L'ouvrage sera complet en 18 fascicules formant 3 beaux volumes.

Librairie **Maloine**, place et rue de l'École-de-Médecine, 21-23-25, et boulevard Saint-Germain, 91, Paris.

Hygiène de l'oreille et des sourds, par le Dr GELINEAU. (Un volume in-18, reliure souple). — Prix 3 francs.

Des Déventrés, étude anatomo-pathologique et mécanique de l'ombilic, par le Dr ZABE. (In-8°, avec 12 dessins d'après nature.) — Prix : 4 fr. 50.

Librairie **Alex. Coccoz**, 11, rue de l'Ancienne-Comédie, Paris.

Traitement de la blennorragie, par le Dr DELEFOSSE. — Prix : 3 francs.

Pedone, 13, rue Soufflot, Paris.

Les procès célèbres, revue mensuelle illustrée des procès célèbres de l'année avec les plaidoiries in extenso. — Affaire Laporte, réquisitoire in extenso de M. BROUCHOT, substitut ; *plaidoirie complète* de Me Henri ROBERT. (Le numéro.) — Prix : 1 fr. 50.

Smith, Elder et Co, Londres,

Spinal caries, spondylitis and Pott's disease of the spinal colunna, by Noble SMITH, surgeon to the city orthopedic hospital, etc. (2e édit.) — Prix : 5 sh.

Waterborne typhoid, a historic summary of local outbreaks in great Britain and Ireland 1858-1893, by Ernest HART. — Prix : 2 fr. 50.

A report of the influence of milk in spreading zymotic disease, by Ernest HART. — Prix : 2 fr. 50.

Calderini, Reggio-Emilia.

Sulla opportunita ed efficacia della cura chirurgico-ginealogica nella nevrosi aterica e nelle alienazioni mentali risultati di una inchiesta internazionale praticata dai, per dott G. ANGELUCCI et A. PIERACCINI.

Avvocati, Rome.

Della meccanica cardio-vasomotrice secondo la clinica di Roma, per dott A. OCCHIUZZI.

Gebrüder Borntraeger, Berlin.

Plasmodienbefunde bei Trachom, ein beitrag zur Etiologie der aegyptischen Augenkrankheit, von Dr med. K. ELZE. — Prix : 1 m. 50.

Gustav Fischer, Jena.

Handbuch der Therapie innerer Krankheiten, 2, Auflage Lieferung, 1.

Ehrlich, Die Westbemessung der Diphtherie Heilserum. — Preis : 0,80 m.

LE GÉRANT : G. MASSON.

Paris. -- Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi. (Cl.) 1.1.98.

SOMMAIRE DU N° 2

TOME LI

ANATOMIE.

PHYSIOLOGIE.

CHIMIE MÉDICALE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

THÉRAPEUTIQUE.

HYGIÈNE.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

MALADIES DES ENFANTS.

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

MÉDECINE LÉGALE.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

OPHTALMOLOGIE.

MALADIES DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

ANATOMIE.

Charles BONNE. Recherches sur les éléments centrifuges des racines postérieures (*Thèse de Lyon*, *1897*).

Il existe dans les racines postérieures des nerfs rachidiens des fibres centrifuges ayant leur centre trophique dans la moelle et dégénérant après section, dans le même sens que les fibres des racines antérieures. Ces fibres sont, pour la plupart, d'un diamètre moyen. Elles passent à travers le ganglion spinal pour se rendre dans le nerf périphérique. La section des racines postérieures s'accompagne, au bout d'un certain temps, de troubles trophiques de la peau, de ses annexes et des tissus sous-jacents. Il est probable que la section des fibres centrifuges joue le rôle le plus important dans la production de ces dystrophies. H. FRENKEL.

E. CAVAZZANI. Sur les ganglions spinaux (*Arch. ital. de biol.*, *XXVIII*, *p. 50, et Arch. ital. di clin.*, *1897*).

1° Les cellules des ganglions spinaux ont des grandeurs différentes chez les différentes espèces de mammifères. 2° Leur grandeur n'est pas en rapport direct avec le volume du corps ; cependant les plus petites se trouvent chez les animaux les plus petits. 3° Dans la même espèce elles varient avec la race et la taille. 4° Elles sont plus grandes chez l'adulte. Chez le chat adulte, le diamètre moyen est double de celui du chat de deux jours. 5° C'est dans la région dorsale que ces cellules sont le plus petites. DASTRE.

I. — V. LENHOSSEK. Ueber den Bau des Spinalganglienzellen des Menscher (Sur la structure des cellules des ganglions spinaux) (*Arch. f. Psychiat.*, *XXIX*, *2*, *p. 345*).

II. — FLEMMING. Die Structur des Spinalganglienzellen (*Ibid.*, *p. 969*).

I. — Lenhossek a eu récemment l'occasion d'étudier la structure des cellules nerveuses des ganglions spinaux sur des préparations provenant d'un supplicié, qui était jeune, plein de santé et de vigueur au moment de son exécution. Dans la description détaillée qu'il donne de ses observations histologiques, nous relevons les points suivants :

Les cellules nerveuses des ganglions spinaux comptent au nombre des éléments anatomiques les plus volumineux de notre organisme. En effet, leur diamètre atteint jusqu'à 120 μ, tandis que celui des cellules géantes ne dépasse pas 91 μ, d'après Kölliker. Leurs dimensions varient d'ailleurs avec les régions du corps d'où proviennent les ganglions.

Chaque cellule est pourvue d'une capsule conjonctive, dont la face interne est tapissée par une couche unique de cellules épithéliales. Cette capsule se continue avec la gaine de Henle, du prolongement cylindraxile. Elle est en connexion immédiate avec le tissu conjonctif interstitiel, que le ganglion spinal renferme en quantité considérable, chez l'homme.

Jusque dans ces derniers temps, von Lenhossek admettait qu'entre la capsule et sur la surface de la cellule proprement dite subsistait un espace libre étroit, rempli de lymphe. Ses nouvelles observations l'ont conduit à abandonner cette opinion : la cellule nerveuse remplit complètement l'espace limité par sa capsule d'enveloppe.

Les cellules nerveuses des ganglions spinaux sont pour la plupart unipolaires. Leur prolongement unique, qui, après un certain parcours, se divise en deux branches, confine au corps cellulaire par un large renflement en forme de massue. Le prolongement présente une fine striation fibrillaire. C'est bien un dérivé du corps cellulaire, mais qui, au point de vue histologique, cesse d'être une partie constituante de la cellule protoplasmatique (au même titre que les dentrites dans les autres variétés de cellules nerveuses).

Le corps cellulaire se caractérise par la présence, dans sa masse, d'amas de granulations chromophiles. L'auteur réclamait pour ces agrégats un nom spécial. Il a proposé celui de *tigroïde*, qui lui a été suggéré par l'aspect tigré que la présence de ces amas chromophiles communique souvent aux masses cellulaires. Les amas en question sont disposés sans ordre déterminé. Au voisinage de la périphérie ils forment une sorte de couronne. Ils font défaut à l'extrême périphérie de la cellule, au voisinage du noyau, et au niveau du point où se détache le prolongement cylindraxile. Le noyau est généralement entouré par un liséré homogène, étroit, clair, dépourvu de granulations. A la périphérie du corps cellulaire on trouve de même une bande claire, dépourvue de granulations, et dont l'épaisseur peut aller jusqu'à 12 μ. Par son bord externe cette bande confine à la couche épithéliale qui tapisse la face interne de la capsule.

Au point de vue de leur structure intime, les différentes cellules ner-

veuses des ganglions spinaux diffèrent entre elles, en ce sens que les granulations et amas de granulations, qui constituent la substance tigroïde, varient comme nombre, comme volume, comme disposition, et que d'autre part la substance fondamentale est constituée par des fibrilles plus ou moins ténues, plus ou moins serrées. On trouve encore, dans les ganglions spinaux, des cellules nerveuses qui se caractérisent par leur exiguïté et leur teinte foncée. On en trouve d'autres qui se distinguent par le volume considérable de leurs amas de granulations, Enfin, exceptionnellement, on découvre une quatrième variété qui est remarquable par sa teinte claire.

Les cellules nerveuses des ganglions spinaux de l'homme sont fortement pigmentées. Avec l'âge, la pigmentation va en augmentant d'intensité. Les amas de pigments sont à la fois arrondis et allongés. Ils siègent au voisinage du point où se détache le prolongement de la cellule nerveuse. Le pigment fait défaut dans toutes les petites cellules. La substance fondamentale a une structure aréolaire. Les aréoles, étroites, logent de fines granulations achromatiques. Von Lenhossek s'élève contre l'opinion de ceux qui assignent à cette substance une structure fibrillaire.

Le noyau cellulaire, aux contours bien nets, mesure en moyenne 16 à 20 μ de diamètre. Il est muni d'une membrane limitante bien visible. Il renferme un seul nucléole, dont le diamètre égale régulièrement le tiers du diamètre du noyau (6 μ). Ce nucléole occupe habituellement le centre du noyau. La trame de ce dernier est constituée par des filaments d'une substance pâle, délicate, la *linine*, entre lesquels se treuvent interposés de nombreuses granulations et quelques amas plus grossiers. La charpente, formée par les filaments de linine, est tendue entre le nucléole et la membrane limitante du noyau.

Enfin, l'auteur s'est attaché à démontrer que la substance constituante du nucléole des cellules nerveuses des ganglions spinaux ne saurait être, sans plus ample informé, identifié avec la basichromatine. Provisoirement il y a lieu d'admettre que, chez l'homme, une telle chromatine fait complètement défaut, dans le nucléole en question.

II. — Von Flemming proteste contre l'opinion exprimée par von Lenhossek, déniant toute structure fibrillaire de la substancefondamentale des cellules nerveuses des ganglions spinaux. (Voy. *R. S. M.*, L, 402, 407.)

E. RICKLIN.

W. HIS jun. Ueber die Entwickelung des Bauchsympathicus..... (Le développement du sympathique abdominal chez le poulet et chez l'homme) (*Arch. f. Anat. u. Phys.-Anat. Abth.; Suppl. Bd, p. 137, 1897*).

Chez le poulet, l'ébauche de la chaîne sympathique apparaît de très bonne heure (3e jour d'incubation) sous la forme de petits amas cellulaires situés à droite et à gauche de la face dorsale de l'aorte et, dans la région cervicale, des carotides. Ces amas constituent un cordon qui s'étend depuis le niveau du ganglion supérieur du vague, atteint son plus grand développement dans la région thoracique et disparaît vers l'extrémité caudale des reins primitifs. C'est là le cordon sympathique primaire. Déjà à cette époque on constate dans le mésentère, au-dessous du conduit vitellin, l'ébauche du nerf intestinal.

Au 4e jour de l'incubation, le cordon primaire, dans ses portions abdominale et pelvienne, s'est transformé en traînées qui se répandent sur les côtés et en avant de l'aorte et forment le « plexus aortique ». Plus tard (6e jour) apparaît le cordon sympathique secondaire (définitif) sur les côtés de la moelle, contre les racines antérieures. Il s'étend jusqu'à l'extrémité de la région pelvienne. Le cordon primaire ne tarde pas à disparaître dans la plus grande partie de son étendue; son segment pelvien seul reste intact. De même le plexus aortique disparaît presque en entier. Il est probable que les éléments de ces ébauches sont employés à l'édification des ganglions situés plus loin à la périphérie.

Le développement du sympathique abdominal chez l'homme est plus simple, car deux formations qui existent chez le poulet ne s'observent pas chez lui, à savoir le cordon secondaire et le nerf intestinal. Chez un embryon de 10,2 millimètres le système est représenté par deux troncs non encore segmentés, en connexion avec les racines spinales par des rameaux communicants. Au-dessus et au-dessous de l'artère omphalo-mésentérique se trouvent de volumineux amas ganglionnaires (plexus cœliaque) qui entourent l'aorte et s'unissent au devant d'elle. Ces ganglions envoient de courts faisceaux fibrillaires vers les reins et vers le mésentère et l'intestin; ils sont en outre reliés à la chaîne sympathique (ébauche des nerfs splanchniques et de l'anastomose du ganglion mésentérique supérieur). Au voisinage des artères ombilicales, le cordon sympathique se renfle également en masses ganglionnaires qui fournissent l'ébauche des filets pelviens et s'isoleront ultérieurement (ganglions abdominaux aortiques inférieurs et ganglions pelviens).

Au cours de ce travail, l'auteur a eu l'occasion de montrer que les cellules sympathiques proviennent des ébauches des ganglions spinaux. Il soutient à nouveau l'opinion, déjà exprimée par lui antérieurement, que ces éléments se déplacent activement pour atteindre les organes auxquels ils sont destinés. A. NICOLAS.

V. SCHMIDT. Sur l'innervation du cœur des mammifères (*Arch. russes de pathol., oct.-déc. 1897*).

Les fibres du péricarde forment un plexus épais dans les couches profondes du péricarde, le plexus péricardiaque. Du plexus péricardiaque se détachent des fibres minces qui se terminent librement entre et sous les cellules endothéliales du péricarde.

Les fibres nerveuses destinées au myocarde forment dans le myocarde même un réseau général avec de vraies anastomoses. Dans ce réseau général, on distingue trois parties correspondant aux trois plexus de Gerlach: le réseau fondamental, le réseau périmusculaire et le réseau intermusculaire; le premier se compose de petits troncs nerveux, le second de fibres plus grosses et le troisième de fibres minces.

Les troncs nerveux et les fibres du plexus fondamental parcourent le tissu conjonctif entre les faisceaux musculaires parallèlement à ces derniers. Les fibres nerveuses du réseau périmusculaire entourent les faisceaux des fibres musculaires. Les fibres nerveuses du réseau intermusculaire passent entre les fibres musculaires. On trouve des

anastomoses, bien que plus rarement, entre les fibrilles nerveuses terminales du myocarde.

Les fibres destinées aux vaisseaux coronaires et à leurs ramifications passent dans le myocarde, isolées et sans anastomoses avec les autres fibres du myocarde.

Dans la paroi des artères et des veines il y a deux réseaux nerveux : l'un dans l'adventice, l'autre dans la tunique moyenne. Du réseau de la tunique moyenne des vaisseaux cardiaques se détachent des fibres minces qui vont à la tunique interne.

Les fibres du myocarde des oreillettes se disposent dans le même ordre que les fibres du myocarde des ventricules.

Dans l'endocarde se trouve le réseau proprement dit endocardiaque de Smirnow. De ce dernier se détachent des fibres isolées qui forment le réseau sous-endothélial de Smirnow; de là partent des fibres isolées qui se terminent entre et sous les cellules endothéliales. Dans l'endocarde des oreillettes il y a des réseaux analogues.

Les fibres nerveuses terminales se terminent dans le myocarde des ventricules et des oreillettes sur les cellules musculaires par de petits renflements qui sont en contact immédiat des cellules. Il y a en outre des terminaisons en fourche, deux courtes branches d'une fibre terminale s'appliquant sur une cellule musculaire.

Les terminaisons sont analogues à celles des muscles striés en état de développement. Dans le tissu conjonctif du myocarde il y a des terminaisons formées par des branches terminales nombreuses d'une seule fibre.

Dans le myocarde du ventricule sont dispersées de petites cellules nerveuses multipolaires, dont le prolongement cylindraxile se rend dans un tronc nerveux.

Les cellules nerveuses des ganglions extra-cardiaques sont entourées d'un nid péricellulaire duquel se détachent au moins deux fibres nerveuses qui prennent une direction différente.

Du nid péricellulaire des ganglions extra-cardiaques se détachent des fibres qui se rendent au myocarde. H. FRENKEL.

Fr. REINKE. Ueber die funktionelle Struktur der menschlichen Stimmlippe..... (Sur la structure fonctionnelle de la corde vocale inférieure chez l'homme, au point de vue spécial du tissu élastique) (*Anat. Hefte*, *XXVIII-XXX*, *p. 105*, *1897*).

La structure fonctionnelle de la corde vocale inférieure est exprimée par des dispositions morphologiques spéciales qui sont les suivantes : Les fibres élastiques du ligament vocal sont fortement développées et orientées selon la direction constante de la traction et perpendiculairement à la direction de la pression, c'est-à-dire sagittalement. Les anastomoses dirigées obliquement par rapport à ces deux directions sont presque entièrement atrophiées. Le chorion de la muqueuse supporte, au lieu de papilles, des crêtes dirigées, elles aussi, dans le sens de la traction habituelle, c'est-à-dire suivant la longueur du ligament. Les vaisseaux enfin sont également orientés dans ce même sens. A l'extrémité postérieure de la

corde, là où la traction s'exerce en différents sens, on voit apparaître les papilles isolées avec les fibres élastiques perpendiculaires à leur axe. Le territoire d'épithélium pavimenteux de la corde a juste l'extension de la région soumise au maximum de distension et de déplacement. Les limites de l'œdème glottique, si nettement localisé, qu'on peut produire artificiellement par injection répondent précisément à la zone de passage entre la région fonctionnellement modifiée ainsi qu'il vient d'être dit et celle à structure typique du restant du larynx. A. NICOLAS.

BRIAU. Recherches anatomiques et physiologiques sur l'innervation du corps thyroïde (*Thèse de Lyon, 1897*).

Les nerfs thyroïdiens proviennent surtout du sympathique cervical (2e nerf cardiaque et ganglion moyen) formant un plexus autour des artères. Des filets viennent des nerfs laryngés.

Dans l'intérieur de la glande, on doit distinguer des nerfs vasculaires qui suivent la disposition ordinaire et des nerfs glandulaires. Ceux-ci forment des intrications autour des grains glandulaires ; les ramifications terminales qui en partent aboutissent à la surface externe de l'épithélium sans pénétrer entre ses éléments. Il n'existe pas de cellules nerveuses ganglionnaires dans l'intérieur de la glande.

Il est impossible de noter, après les excitations quelconques des nerfs du cou, une modalité de l'activité cellulaire thyroïdienne. Seul le sympathique produit des effets vasomoteurs ; après section du sympathique cervical et intoxication par la pilocarpine, la glande du côté lésé est plus grosse et plus colorée. A. C.

H. SATTLER. Ueber die elastischen Fasern der Sclera, der Lamina cribrosa und des Sehnervenstammes (Les fibres élastiques de la sclérotique, de la lame criblée et du nerf optique) (*Arch. f. Anat. u. Phys.-Anat. Abth.-Suppl.-Bd, p. 335, 1897*).

Dans la sclérotique les fibrilles conjonctives, fines et ondulées, s'agencent en faisceaux arrondis qui s'entrelacent. Les fibres élastiques ne pénètrent pas à l'intérieur de ces faisceaux, mais restent appliquées à leur surface et courent parallèlement à leur direction. Elles sont surtout nombreuses dans les couches internes de la membrane. Au voisinage de l'entrée du nerf optique les fibres élastiques cessent d'être orientées longitudinalement ; des coupes les montrent toutes sectionnées en travers ou obliquement. Dans la lame criblée les dispositions changent brusquement. Ici les fibres élastiques s'enfoncent radiairement, depuis la périphérie du trou sclérotical, dans les travées de la lame criblée où elles s'entrecroisent. Il n'y en a point qui soient dirigées dans le sens des fibres du nerf et elles ne dépassent pas le bord antérieur de la lame. On ne trouve plus aucune fibrille élastique en dehors de l'adventice des vaisseaux centraux en avant de cette limite. En arrière de la lame criblée les fibres élastiques occupent les septa interfasciculaires du nerf qu'ils suivent dans toutes les directions et rayonnent à partir de la gaine externe des vaisseaux centraux, laquelle ne diffère pas dans sa constitution de l'adventice des autres vaisseaux de même calibre. A. NICOLAS.

ELSCHNIG. Cilioretinale Gefässe (Vaisseaux cilio-rétiniens) (*Graefe's Archiv, XLIV, 1*).

Les vaisseaux, le plus habituellement artériels, qui sortent du bord temporal de la papille ou du fond d'un croissant péripapillaire pour gagner la région maculaire, ne sont pas encore connus quant à leur origine. De l'examen de 13 cas qu'il a pu étudier à l'ophthalmoscope, Elschnig croit pouvoir répartir ces vaisseaux en trois groupes différents : le premier groupe comprend les vaisseaux qui sont des branches directes du cercle artériel de Zinn, qui traversent obliquement la sclérotique sans toucher la choroïde et sans envoyer de branches dans la sclérotique, puis qui se recourbent parallèlement à l'axe du nerf optique pour gagner la rétine en suivant la direction des fibres nerveuses. Le second groupe comprend les vaisseaux provenant du cercle artériel sclérotical qui traversent la choroïde en lui donnant des rameaux et se terminent par un rameau qui se distribue dans la rétine. Le troisième groupe comprend les cas où le vaisseau provient d'un vaisseau choroïdien. ROHMER.

TORNATOLA. Origine et nature du corps vitré (*Revue gén. d'opht., déc. 1897*).

L'humeur vitrée est une production ectodermique, une sécrétion des cellules rétiniennes, une substance analogue au « tissu de sécrétion » étudié par Henson, Emery, Ficalbi. Seulement elle ne représente pas un vrai tissu parce qu'elle n'est pas constituée de cellules et de substance intercellulaire. Carrière a démontré que chez les gastéropodes, le corps vitré et le cristallin sont sécrétés par quelques-unes des cellules rétiniennes, qu'il appela cellules sécrétantes, identiques aux cellules pigmentées de Kilger et différentes des autres cellules rétiniennes, les cellules visuelles. Kleinenberg, chez les alcyopodes, Grenacher, chez les céphalopodes et les hétéropodes, ont démontré la même chose.

L'anatomie pathologique vient aussi à l'appui de cette thèse ; ainsi Ciaccio a montré que le vitré humain altéré est formé d'une grande quantité de filaments très minces, qui ont leur commencement dans la partie postérieure du corps vitré et de là, tantôt se séparant, tantôt s'unissant les uns aux autres, et parfois s'élargissant, se dirigent en grande partie vers le cristallin. ROHMER.

E. GIGLIO-TOS. La structure et l'évolution des corpuscules rouges du sang chez les vertébrés (*Arch. ital. de biol., XXVII, p. 110*).

On rencontre chez les vertébrés quatre sortes d'érythrocytes : primitifs, granuleux, annelés avec noyau, annelés sans noyau. Ils ont chacun des érythroblastes qui en sont l'origine. Les érythrocytes primitifs sont un peu hypothétiques. Les granuleux sont des cellules sphériques à membrane et noyau avec protoplasma rare, riche en hémoglobine et granules hémoglobinogènes mobiles qui en sont caractéristiques. Ce sont de simples vessies pleines d'hémoglobine liquide. Les érythroblastes correspondants sont des cellules avec protoplasma riche d'eau et membrane délicate, sans granules ni hémoglobine. Le

noyau se divise par mitose. Plus tard, quand l'érythrocyte est formé, la division a lieu par mérotomie, l'une des parties conservant le noyau, l'autre n'étant plus qu'un fragment de l'érythrocyte primitif. L'érythrocyte annelé est une cellule lenticulaire. La première variété est bi-convexe : le noyau est entouré d'une couche hémoglobinogène ; l'ensemble est ceint d'un anneau élastique qui contient l'hémoglobine : le tout est entouré d'une membrane très fine. La division du noyau n'a lieu que lorsqu'ils sont à l'état d'érythroblastes. Les érythrocytes annelés sans noyau appartiennent aux mammifères. C'est une cellule circulaire dont le centre est occupé par la substance hémoglobinogène. Autour, se trouve l'anneau de matière élastique chargé d'hémoglobine. Le tout, enveloppé d'une membrane. C'est seulement à l'état jeune qu'ils sont bi-concaves; plus tard, la partie centrale forme un bombement sur chaque face. L'acide pyrogallique met la membrane en évidence. Leurs érythroblastes sont des cellules à protoplasma rare, noyau grand à chromatine cyanophile, à membrane. Le noyau se rapetisse, devient circulaire ; la chromatine devient érythrophile. La division se fait d'abord par karyokinèse ; à la fin, elle n'a plus lieu. C'est alors que se forme l'anneau. Le noyau devient hémoglobinogène. Chez tous les vertébrés les érythrocytes de l'adulte ne sont pas les mêmes que ceux de l'embryon : il y a une véritable substitution.

DASTRE.

O. WOIT. Zur Entwickelung der Milz (Le développement de la rate) (*Anat. Hefte, XXVIII-XXX, p. 119*).

Chez les Urodèles (*Triton* et *Siredon*) la rate prend naissance comme chez l'esturgeon et l'ammocœte (v. Kupffer) aux dépens de l'ébauche pancréatique dorsale. Chez les Anoures (*Rana*), les Sélaciens (*Pristiurus*) et les Oiseaux (*Passer*, *Columba*, *Gallus*) cet organe dérive d'éléments mésenchymateux qui proviennent, chez la grenouille (d'après Maurer), de l'épithélium intestinal, chez les oiseaux en partie du mésenchyme de la splanchnopleure, en partie de l'ébauche cellulaire du pancréas dorsal. Chez tous ces animaux, la rate apparaît plus tard que le diverticule pancréatique, ainsi par exemple, chez le poulet, dans la 2e moitié du 5e jour; chez le pigeon entre la 80e et la 84e heure d'incubation; chez l'axolotl de 4, 6 mm. (mesure de la bouche à l'anus); chez le têtard de grenouille de 5 mm., etc. Chez tous également (sauf chez *Rana*) elle affecte avec le pancréas dorsal des rapports déterminés, tandis que les pancréas ventraux sont en relation avec le foie. Seuls les animaux qui ont un pancréas possèdent une rate. C'est chez les *Siren* qu'elle a conservé son importance primitive; chez les autres amphibiens et d'une façon générale chez les vertébrés la rate peut être considérée comme un organe en voie de réduction. A. NICOLAS.

F.-P. MALL. Ueber die Entwickelung des menschlichen Darmes..... (Le développement de l'intestin humain et de sa situation chez l'homme adulte) (*Arch. f. Anat. u. Phys.-Anat. Abth.; Suppl. Bd, p. 403, 1897*).

Au moyen de reconstructions plastiques l'auteur a pu poursuivre pas à pas les différentes phases du développement des anses de l'intestin

grêle, depuis l'état le plus simple jusqu'à l'état adulte. Il établit que les différentes anses de l'intestin complètement développé peuvent déjà être reconnues chez des embryons de la 5e semaine et que leur situation chez l'adulte est tout à fait conforme à un type régulier, comme c'est le cas, par exemple, pour les circonvolutions cérébrales.

Un simple résumé ne saurait suffire, surtout en l'absence de figures, à faire comprendre les détails des transformations de l'anse intestinale primitive. Nous nous bornerons à indiquer la topographie des anses chez l'adulte, telle que Mall l'a déterminée par l'étude de 41 sujets. D'une façon générale, l'intestin traverse obliquement la cavité abdominale, depuis la fosse hypochondriaque gauche jusqu'à la fosse iliaque droite, en s'inclinant ordinairement une ou deux fois vers le côté droit de l'abdomen. Vers sa terminaison, il est toujours dans l'excavation pelvienne. Dans 21 cas, les anses intestinales étaient orientées selon un même plan. Le jéjunum était décomposable en deux groupes d'anses très nettes logées dans l'hypochondre gauche. Chacun de ces groupes décrivait une circonférence complète et venait se mettre en contact avec la paroi abdominale. De là l'intestin traverse la région ombilicale pour venir se placer dans le côté droit, revient ensuite à gauche pour former quelques anses dans la fosse iliaque gauche. Enfin il remplit le bassin et l'espace abdominal inférieur compris entre les deux psoas.

Des figures montrent clairement cette disposition typique des anses intestinales et permettent de se rendre compte des variations que l'auteur décrit ensuite. A. NICOLAS.

W. SPALTEHOLZ. Das Bindegewebsgerüst der Dünndarmschleimhaut des Hundes (La charpente de soutien de la muqueuse de l'intestin grêle chez le chien) (*Arch. f. Anat. u. Phys.-Anat. Abth.; Suppl. Bd, p. 373, 1897*).

La charpente de la muqueuse intestinale est essentiellement composée, dans la zone située en dedans du *stratum fibrosum*, par du tissu réticulé, c'est-à-dire par un réseau dépourvu de noyaux de fines fibrilles tout à fait autonomes et indépendantes entièrement de cellules conjonctives. On y trouve en outre des faisceaux collagènes et en plus grande quantité des fibres élastiques.

Le *stratum fibrosum* est un réseau compact constitué en majeure partie par des fibres collagènes, mélangées à une petite quantité de fibres réticulées. Il est traversé par plusieurs couches de fibres élastiques entremêlées, généralement longitudinales, et renferme quelques rares cellules. Les fibres collagènes agencées en treillis se disposent en zones lamellaires.

Le *stratum granulosum* ne manque jamais. Il est formé par un feutrage serré de fibres et de faisceaux réticulés, traversé par un réseau plus lâche de fibres élastiques. Les mailles sont occupées par des cellules souvent étroitement appliquées sur les fibres qu'elles semblent entourer.

La couche des glandes de Lieberkühn possède comme charpente un réticulum délicat à travées plus fines et à mailles plus larges que celles de la couche précédente, entremêlé de fibres élastiques orientées selon

des directions différentes. Dans ce réticulum sont maintenus des vaisseaux, des lymphatiques et des fibres musculaires. Immédiatement au-dessous de l'épithélium des cryptes se trouve une délicate membrane propre que l'observation montre n'être qu'un réseau extrêmement dense de tissu réticulé renfermant des fibres élastiques abondantes et anastomosées. Les fibres de cette membrane sont en connexion avec la charpente des cryptes. Entre sa surface et l'épithélium il n'y a pas le moindre endothélium.

Les villosités ont surtout comme substratum du tissu réticulé, mais elles renferment aussi jusqu'à leur sommet des fibres élastiques. Le tissu réticulé forme des gaines autour des vaisseaux, des lymphatiques et des muscles. Autour de chaque faisceau musculaire et autour des artères courent des fibres plus épaisses enroulées en spirales et entrecroisées ; au contraire, autour des veines, du canal central et des capillaires, ces fibres se groupent en un réseau étroit et fin, enchevêtré. L'espace compris entre ces gaines est occupé par un réticulum lâche dont les travées tendues d'une gaine à l'autre dans toutes les directions s'entrelacent. En dehors elles entrent en rapport avec la membrane propre. D'autres prolongent l'extrémité libre des fibres musculaires, atteignent la membrane propre ou se perdent dans le réticulum général. Les fibres élastiques diminuent de la base de la villosité à son sommet ; elles accompagnent les fibres musculaires sur lesquelles elles s'appliquent étroitement. Quelques-unes sont également associées à l'artère et au canal central.

La charpente de la villosité se délimite vis-à-vis de l'épithélium par une membrane propre, mince lamelle presque exclusivement formée de fibres réticulées annulaires ou spirales, étroitement entrelacées. Cette lamelle est percée de petits trous arrondis ou ovales, atteignant jusqu'à 2 μ de diamètre, et s'applique si étroitement sur les capillaires qu'elle en constitue la paroi interne. Elle s'unit au reste de la charpente par de nombreux filaments et se continue d'autre part avec la membrane propre des cryptes. Des fibres élastiques isolées courent dans son épaisseur ou sur sa face interne. Sa face externe est lisse et présente seulement quelques petites dépressions ou fossettes tout à fait basses pour recevoir les extrémités basales des cellules épithéliales, dont aucun endothélium ne la sépare.

Les nodules lymphatiques de l'intestin possèdent également sur toute leur périphérie une membrane propre bien développée, plus épaisse que celle des villosités.

L'auteur indique aussi les différences qu'on constate au point de vue des couches entre l'intestin contracté et l'intestin dilaté et en déduit quelques considérations physiologiques. A. NICOLAS.

W. WALDEYER. Das Trigonum vesicae (*Sitzungsb. der Königl. Preuss. Akad. d. Wiss. zu Berlin, XXXIV, p. 732, 1897*).

Ce travail est une description minutieuse du trigone vésical chez l'homme et chez quelques mammifères domestiques. L'auteur, tout en précisant des détails déjà connus, attire l'attention sur des faits nouveaux ou peu remarqués, parmi lesquels nous signalerons les suivants. La base

du trigone (bord postérieur) est formée par les deux bourrelets uretéraux qui marchent transversalement à la rencontre l'un de l'autre. Dans la plupart des cas ils ne se rejoignent pas, de telle sorte que la base du trigone présente en son milieu une dépression, l'*incisura trigoni*. A l'état de replétion les orifices des uretères s'écartent, la zone moyenne du bord postérieur du trigone s'aplatit et constitue alors une *area interureterica* de niveau avec le restant de la surface interne de la vessie.

La *luette vésicale* est une formation constante mais, à l'état normal, elle est très petite et toujours proémine légèrement dans la partie initiale du segment prostatique de l'urètre. C'est un simple épaississement de la muqueuse sans participation de la musculeuse. Elle n'est aucunement en rapport avec le développement d'un lobe prostatique moyen.

La saillie des bourrelets uretéraux détermine en arrière du trigone la présence d'une dépression transversale, la *fossa retroureterica*, qui est constante, prononcée surtout lorsque l'*incisura trigoni* fait défaut et quand la vessie est vide. L'agrandissement de cette fosse, qui se produit chez des sujets âgés, constitue le bas-fond.

L'orifice vésical de l'urètre ouvert par la distension forcée de la vessie injectée par l'uretère prend souvent chez l'homme une forme de triangle à angles arrondis et à sommet antérieur. Chez la femme et chez les jeunes enfants il est au contraire arrondi.

Après avoir décrit le trigone chez quelques animaux domestiques (chien, veau, porc, sanglier, cheval, bélier), l'auteur termine par les considérations embryologiques qui permettent d'établir la signification de cette région. Elle représente le segment proximal de l'urètre incorporé à la vessie au cours du développement. A. NICOLAS.

A. HAMMAR. Ueber Secretionserscheinungen im Nebenhoden des Hundes (Les phénomènes sécrétoires dans l'épididyme du chien) (*Arch. f. Anat. u. Physiol.-Anat. Abth.-Suppl.-Bd., p. 1, 1897*).

Des phénomènes de sécrétion s'observent, chez le chien, aussi bien dans les vaisseaux efférents du testicule (*coni vasculosi*) que dans le canal de l'épididyme.

Les éléments épithéliaux des *vasa efferentia* fonctionnent comme des cellules mérocrines. Des grains prennent naissance dans leur protoplasma, l'envahissent de plus en plus et augmentent de volume, puis sont éliminés dans la lumière du canalicule. Les cils vibratiles qui recouvraient la surface de la cellule épithéliale disparaissent pendant cette phase d'excrétion. Les éléments, après s'être ainsi vidés, se reconstituent et sécrètent de nouveau. L'auteur n'a pas trouvé de figures mitotiques dans l'épithélium de ces canaux. Outre les grains de sécrétion on trouve dans le protoplasma de ces mêmes éléments, du reste d'une façon inconstante, des granulations jaunâtres ou brunes, plus ou moins nombreuses, et dont la signification est obscure.

Le *canal de l'épididyme* peut être, au point de vue des processus sécrétoires dont il est le siège, divisé en trois segments : supérieur, moyen et inférieur. Ce dernier comprend la queue et la plus grande partie du corps de l'épididyme ; le second se reconnaît à sa coloration rougeâtre.

Après avoir décrit les caractères histologiques communs à l'épithélium de ces zones et signalé l'existence de formations intra-épithéliales, poches et cavités kystiformes, Hammar envisage successivement les phénomènes sécrétoires dans chacun des trois segments. C'est dans le moyen, reconnaissable à sa couleur, que l'activité sécrétoire est la plus prononcée. Dans tous elle se fait par élaboration de grains intra-protoplasmiques. De plus on constate, spécialement dans la zone supérieure (extrémité de la tête de l'épididyme), l'existence au sein des noyaux d'une quantité plus ou moins considérable de granulations de dimensions variables. La substance de ces granulations diffère par ses réactions tinctoriales de celle des nucléoles et de la chromatine. Sa nature est indéterminée. En tous cas, ces produits nucléaires peuvent abandonner le noyau pour devenir intra-protoplasmiques. A signaler enfin que les cellules épithéliales du canal de l'épididyme se divisent mitotiquement.

Dans un dernier paragraphe l'auteur discute la signification des phénomènes principaux qu'il a observés. Il ne croit pas que les granulations intra-nucléaires soient l'origine des grains de sécrétion protoplasmiques. Ceux-ci certainement, du moins en majorité, se constituent aux dépens du protoplasma, plus spécialement aux dépens de l'hyaloplasme. La signification des grains intra-nucléaires demeure incertaine. Une hypothèse séduisante, fondée sur la présence de granulations analogues dans le tissu conjonctif interstitiel, serait qu'ils représentent les produits figurés d'une sécrétion interne. A. NICOLAS.

D. BARFURTH. Zelllücken und Zellbrücken im Uterusepithel (Espaces et ponts intercellulaires dans l'épithélium de l'utérus) (*Anat. Hefte XXVIII-XXX, p. 81*).

Entre les cellules de l'épithélium de l'utérus puerpéral et même souvent de l'utérus normal, on constate l'existence d'espaces, de fentes qui, chez beaucoup d'animaux (cobaye, lapin), sont traversés par des ponts anastomotiques tendus entre les éléments voisins. On peut penser que ces espaces intercellulaires prennent part à l'élimination des détritus puerpéraux (sang, mucus, débris cellulaires) et que les ponts assurent l'union des cellules. Chez certains animaux (chien, lapin), le corps des cellules épithéliales possède, après la parturition, une structure spongieuse et sa surface est condensée en une zone limite (*crusta* de F. E. Schulze). Cette zone ectoplasmique est percée de trous qui permettent à l'hyaloplasme d'entrer en communication avec celui des cellules voisines, réalisant ainsi des ponts d'union continus d'un élément à l'autre.

A. NICOLAS.

HAMMERSCHLAG. Die Lage des Eierstocks (La situation de l'ovaire) (*Zeitschr. f. Geburt. u. Gyn., XXXVIII, p. 462*).

L'ovaire est d'abord situé, comme on le sait, dans la cavité abdominale. Avant de descendre dans l'excavation pelvienne il est orienté dans un plan frontal, plus ou moins perpendiculairement à l'axe longitudinal du corps, et n'est pas recouvert par le mésosalpynx. Plus tard, à une

époque qui ne saurait être précisée exactement (courant de la première ou de la seconde année), il se place dans le bassin et èn même temps subit un changement de direction tel que son grand axe devient à peu près parallèle à celui du corps. L'ovaire est alors logé entre le ligament suspenseur qui atteint le cœcum ou l'anse sigmoïde et le ligament propre qui le rattache à l'utérus. Son bord rectiligne (hile) regarde en avant et en dehors; son bord convexe ou libre, en arrière et en dedans. Sa face pariétale confine à la paroi latérale du bassin; sa face libre, recouverte par la trompe et le mésosalpynx, est tournée vers l'intérieur de l'excavation.

Dans toutes les positions qu'il occupe aux diverses périodes de la vie, l'ovaire marque des empreintes plus ou moins profondes sur les parois du bassin. Sa situation définitive typique répond aux branches de division de l'artère hypogastrique. Il occupe une fossette plus ou moins profonde, déterminée par sa présence, la *fossa ovarii*, limitée normalement en avant par l'artère ombilicale (éventuellement aussi par le nerf obturateur), en arrière par l'artère utérine et l'uretère. Ces limites sont cependant quelque peu variables, selon les différences d'origine des vaisseaux.

Les changements de position de l'utérus, les circonstances qui diminuent la capacité du petit bassin et l'extension anormale de l'appareil ligamenteux provoquent des variations de position de l'ovaire qui, du reste, ne doivent pas être considérées comme pathologiques.

En se fondant sur la topographie des parois latérales du bassin telle que l'a établie récemment Waldeyer : *fosses paravésicales* antérieure et postérieure (sur les côtés de la vessie, en avant du ligament rond ou du canal déférent); *fosse obturatrice* (au-dessous des vaisseaux iliaques externes, entre le ligament rond en avant et l'uretère en arrière et en bas); *fosse hypogastrique* (entre l'uretère et le bord latéral du sacrum), on peut dire, en résumé, que la fosse ovarique répond à la zone postérieure de la fosse obturatrice. A. NICOLAS.

P. MUELLER. Die venöse Circulation der unteren Extremität..... (La circulation veineuse du membre inférieur et sa signification au point de vue de la chirurgie de la veine fémorale) (*Arch. f. Anat. u. Phys. Anat. Abth.-Suppl.-Bd, p. 339, 1897*).

Ce travail important comprend une partie anatomique, une partie expérimentale et une partie clinique. Ses conclusions sont les suivantes : La veine fémorale commune n'est pas le seul vaisseau qui ramène le sang du membre inférieur. Ses collatérales les plus importantes sont les veines obturatrices (cercle obturateur), les veines fessières et les veines sous-cutanées dans la région postéro-supérieure du membre. Après la ligature de la veine fémorale, la stase sanguine peut survenir dans la jambe, mais elle disparaît aussitôt que les collatérales se sont suffisamment élargies et, par suite, elle est passagère. Au cours de cette modification opératoire un grand nombre de valvules veineuses deviennent insuffisantes.

Le pronostic de la ligature totale de la veine fémorale seule, au point

de vue de la conservation du membre, est bon. La ligature simultanée de l'artère fémorale assombrit le pronostic qui devient absolument mauvais si on a lié en même temps les vaisseaux profonds ; dans ce cas on doit s'attendre à voir survenir une gangrène aseptique susceptible de devenir facilement septique en cas de complication de la plaie (exsudats inflammatoires infectés, thrombose des collatérales).

Si les conditions de la blessure le permettent, on doit toujours, pour conserver la lumière de la veine, employer une méthode de fermeture latérale.

La ligature des vaisseaux fémoraux superficiels provoque dans la circulation de la jambe et du pied les mêmes résultats que la ligature des vaisseaux communs dans celle du membre tout entier. Le pronostic, en ce qui concerne la conservation du segment distal du membre, est donc douteux. A. NICOLAS.

PHYSIOLOGIE.

André THOMAS. Le cervelet (*Thèse de Paris, 1897*).

Cette étude anatomique, clinique et physiologique est des plus importantes et renferme, à côté d'une critique des travaux antérieurs, des recherches nouvelles et originales faites sous la direction de Dejerine. La conclusion générale est : Le cervelet doit être considéré comme un organe se développant sur les voies de la sensibilité avec lesquelles il entre, en effet, en rapport chez l'adulte par plus d'un faisceau ; il enregistre des excitations périphériques et des impressions centrales, et réagit aux unes et aux autres ; il n'est pas le siège d'un sens particulier, mais le siège d'une réaction particulière, mise en jeu par diverses excitations. Cette réaction s'applique au maintien de l'équilibre dans les diverses formes d'attitudes ou de mouvements réflexes, automatiques et volontaires, c'est un centre réflexe de l'équilibration. Pour arriver à cette conclusion, l'auteur s'est appuyé sur des recherches anatomiques et cliniques, et sur de nombreuses expériences physiologiques sur les animaux, en faisant l'ablation totale ou partielle du cervelet.

Après l'ablation d'une moitié du cervelet, on constate aussitôt des mouvements de rotation autour de l'axe longitudinal du corps, du côté sain vers le côté opéré, le sens de la rotation étant déterminé par le côté sur lequel tombe l'animal lorsque, primitivement placé dans la station sur les 4 pattes, il est abandonné à lui-même. Ces mouvements de rotation se produisent au repos, ou dès que l'animal essaie de remuer. Ils ne persistent que quelques jours. Après la destruction complète on constate des troubles analogues, mais moins marqués au début. Les mouvements de rotation sont moins marqués. La contracture existe, mais égale des deux côtés ; la tête est rejetée en opisthotonos.

Nous ne pouvons donner ici le détail de toutes les expériences et recherches de l'auteur, qui constituent l'ouvrage le plus complet sur la question aujourd'hui. P. SOLLIER.

N. TUMIANZEW. Beiträge zur Erforschung des Sympathicus einflusses auf die contralaterale Pupille (Influence du sympathique sur la pupille opposée) (*Arch. f. die ges. Phys., LXIX, p. 199*).

Ce mémoire, étendu, contient une partie anatomique et une partie physiologique. En voici les conclusions :

A. Une partie des fibres du faisceau pédonculaire transverse naît d'un ganglion spécial profondément situé au bord antérieur du tubercule quadrijumeau antérieur (lapin). Il existe un réseau péricellulaire dans les cellules superficielles de ce tubercule quadrijumeau. Les mêmes couches superficielles présentent des terminaisons nerveuses appartenant sans doute au nerf optique.

Des faisceaux nerveux nés de la périphérie viennent finir dans le corps géniculé latéral après avoir suivi le faisceau optique. Sur le trajet de ces faisceaux on trouve les terminaisons d'un autre groupe de fibres qui viennent du plan médian cérébral. La surface du conarium, sous la membrane propre, est tapissée de cellules. A la surface de celles-ci on peut apercevoir un filament nerveux qui les entoure et finit par un renflement. Au-dessous s'en trouvent d'autres dont le cylindraxe finit au même point. Dans la profondeur de la substance médullaire de la surface supérieure du conarium se trouvent des formations ramifiées qui sont probablement des terminaisons nerveuses.

B. Le rétrécissement pupillaire produit par l'excitation du sympathique du côté opposé n'est pas dû à des modifications du sympathique du côté excité, non plus qu'à une réaction pupillaire associée, non plus qu'à des changements produits dans l'œil. C'est un phénomène réflexe, découvert par l'auteur, dû à des fibres sympathiques qui, dans la région du sinus caverneux, s'associent aux nerfs cérébraux, particulièrement à l'oculo-moteur commun, et vont se rendre à son noyau. La masse principale des faisceaux sympathiques nés du ganglion cervical supérieur (chat) ne chemine pas avec l'artère carotide interne, mais se rend par une autre voie dans le sinus caverneux. Les dilatateurs pupillaires se retrouvent sous forme d'un faisceau ou de fibres dissociées au devant du ganglion de Gasser. DASTRE.

V.-O. OUCHAKOFF. Le nerf vague comme nerf sécréteur de l'estomac (*Arch. Sc. biol. de St-Pétersbourg, IV, p. 429*).

De ses recherches, l'auteur conclut que l'excitation électrique de l'extrémité périphérique du nerf vague sectionné provoque, chez le chien, la sécrétion du suc gastrique, ainsi qu'une sécrétion de mucus. Aussi peut-on supposer qu'il existe, dans l'épaisseur du nerf vague, des fibres spéciales pour la sécrétion du mucus. L'atropine agit d'une façon déprimante sur ces sécrétions, confirmant ainsi leur dépendance du système nerveux. E. MOSNY.

Z. TREVES. Sur la fonction respiratoire du nerf vague (*Arch. ital. de biol., XXVII, p. 167, et Arch. per le sc. med., XXI, 9*).

Le nerf vague est parcouru par des excitations centripètes inhibitrices pour l'inspiration et l'expiration, antagonistes entre elles. La ligature ou la section du nerf supprime ces deux effets opposés et balancés. Il ne subsiste que des excitations centrifuges expiratoires et inspiratoires, mal compensées, expliquant les irrégularités de rythme et de force ; il y a prédominance des forces inspiratoires.

Les excitations légères portées sur le bout central du vague suppléent les excitations normales, mais non quant à leur intensité normale, d'où l'inconstance et la variété des effets obtenus chez le lapin. Quand l'intensité dépasse un certain niveau, l'effet inhibitoire de l'inspiration cesse ; on a des effets inspiratoires. Lorsque l'on coupe le nerf vague ou qu'on le lie, on produit deux effets immédiats : l'un, une excitation qui se traduit d'après ce que l'on vient de voir par la suppression des effets inspiratoires ; l'autre, par des effets de paralysie résultant de la suppression du nerf.

Ces derniers se montreront seuls si l'on supprime le nerf autrement, par congélation, par exemple. Il y a inspiration exagérée. DASTRE.

A. BROCA et Ch. RICHET. Période réfractaire dans les centres nerveux (*Arch. de physiol., IX, p. 864*).

On injecte à un chien une dose de chloralose de $0^{gr},1$ par kilogramme en solution à 8 pour 1000 (soit 125^{cc} avec $0^{gr},87$ de NaCl). Après 40 minutes, l'animal est endormi. Il y a une période intermédiaire entre l'inexcitabilité et l'épilepsie pendant laquelle il faut opérer. Il est bon que la température de l'animal soit de 30° à 32°. On fait deux trous dans le crâne pour introduire les électrodes excitatrices. Les auteurs avaient constaté qu'une excitation de la zone motrice chez un chien choréique était inefficace si elle suivait de près l'excitation choréique.

La même chose a lieu pour une excitation électrique suivant une première excitation électrique inefficace. Elle peut n'avoir pas d'effet, selon le moment où elle arrivera. Il y a une période réfractaire, une phase d'inexcitabilité.

Avec des excitations rythmées à 5 par seconde on obtient des secousses très irrégulières. Le rythme des réponses est différent de celui des excitations. Ceci n'a pas lieu quand on excite le muscle directement. L'effet est dû aux centres nerveux. Le phénomène est facile à reproduire en frappant régulièrement la table sur laquelle est étendu l'animal chloralosé et en notant les secousses par lesquelles il répond à ces coups. A mesure que la température s'élève, la période réfractaire devient plus courte ; elle est d'environ 0,12 de seconde à la température normale du corps. La courbe des vitesses des réflexes est la même : elle n'est fortement influencée que par les températures au-dessous de 35°. DASTRE.

L. HOFBAUER. Interferenz zwischen verschiedenen Impulsen im Centralnervensystem (Interférence des diverses impulsions dans le système nerveux central) (*Arch. f. die ges. Phys., LXVIII, p. 546*).

Une forte excitation conduite au système nerveux central en élève d'un côté la faculté d'activité motrice au-dessus de la normale, et d'autre part diminue l'influence de l'activité de la volonté. DASTRE.

A.-J. MALCHINE. Le nerf phrénique : anatomie, physiologie et pharmacologie (*Thèse de Moscou, 1897*).

Travail du laboratoire de Tchirvinski à Moscou, basé sur 82 expériences de section et 27 expériences d'excitation du nerf phrénique, chez le chien.

1° Après la section des deux nerfs phréniques, le diaphragme ne continue à fonctionner que grâce aux impulsions qui passent par les nerfs intercostaux ; cliniquement, le diaphragme est paralysé. La respiration, après la section d'un seul, voire des deux nerfs, bien qu'accélérée, a perdu de sa profondeur et de sa force ; le volume d'air inspiré et d'air expiré diminue, surtout le premier.

2° L'excitation du bout central du nerf phrénique accélère et renforce la respiration ; mais si l'excitation se prolonge ou devient plus forte, la respiration se ralentit et peut atteindre la normale, même avant la fin de l'excitation.

3° L'excitation du bout central du nerf phrénique provoque, de même que pour les nerfs centripètes, après une période latente de quelques secondes, de l'augmentation de la pression sanguine qui revient plus ou moins à la normale, après la cessation de l'excitation, mais qui, souvent, reste encore un peu supérieure à la normale.

4° Parmi les substances médicamenteuses étudiées, l'atropine exagère l'excitabilité des terminaisons du nerf phrénique dans le diaphragme ; le curare et la vératrine la paralysent ; l'aconitine, la conicine, la lobéline, la nicotine, la physostygmine et la morphine ne font que diminuer l'excitabilité de ces terminaisons et agissent, par conséquent, comme moyens paralysant les fonctions du diaphragme. H. FRENKEL.

E. OEHL. Un criterium chronométrique de la sensation (*Arch. ital. de biol., XXVII, p. 240*).

Dans le processus de la réaction à une excitation, le temps qui s'écoule entre le moment où l'excitation centripète arrive au cerveau et celui où l'excitation motrice en part, constitue ce que l'on appelle le « temps central ». Si au lieu d'exciter une seule fois le point de la peau, on l'excite une seconde fois à intervalle très court, 2 à 3 centièmes de seconde, le temps central se trouve allongé de 1 à 2 centièmes de secondes. Cet allongement prouverait, selon l'auteur, l'inaptitude physiologique du sensorium à développer une nouvelle sensation pendant le cours d'une sensation précédente et par voie de déduction la nécessité

que tous les points sensibles de la peau soient reproduits dans le cerveau par autant de points correspondants, centres de sensation.

DASTRE.

H. BORDIER. Recherches expérimentales sur les lois des secousses sensitives chez l'homme (*Arch. de physiol., IX, p, 543*).

Les nerfs sensitifs semblent bien excités par l'action propre, directe, du courant galvanique. Si c'était l'action électrolytique seulement qui produisit l'excitation sensitive, il serait bien difficile d'expliquer les lois des secousses mises en évidence dans ce travail et qui montrent que les phénomènes d'électro-tonus s'appliquent aussi bien aux nerfs sensitifs qu'aux nerfs moteurs.

DASTRE.

Martin HAHN. Zur Kenntniss der Wirkungen des extra-vasculären Blutes (*Berlin. klin. Woch., n° 23, 7 juin 1897*).

Le ferment diastasique du sang et de son sérum résiste parfaitement à une chaleur de 55°; pour l'altérer, il faut chauffer une demi-heure à 60°; et, pour le détruire, une température de 65 à 70°. Ce résultat concorde parfaitement avec celui de Kjeldahl qui a observé que la diastase du malt n'est détruite que par un chauffage prolongé à 66°.

La conservation du sérum à la lumière et à la température de la chambre, qui annihile en peu de temps ses pouvoirs globulicide et microbicide, ne modifie aussi que très peu son ferment diastasique.

L'indépendance réciproque des propriétés microbicide et diastasique du sérum est encore démontrée par le double fait, d'une part, que les échantillons de sérum dans lesquels on a introduit simultanément une solution de glycogène et des microbes, jouissent du même pouvoir microbicide que ceux dans lesquels on a placé seulement des microbes, et d'autre part, que dans les échantillons où l'on avait mis d'abord des microbes et un peu plus tard la solution de glycogène, le ferment diastasique n'est nullement affaibli.

D'un autre côté, Röden a montré que les sérums de cheval, de porc et de bœuf empêchent la coagulation de la présure. Hahn a reconnu que le sérum de chien jouit de la même propriété antifermentative, non seulement à l'égard du ferment de la présure, mais encore à l'égard de la trypsine et de la pepsine.

Cette propriété antifermentative du sérum ne saurait être identifiée avec son pouvoir microbicide, car elle ne disparaît, comme la propriété diastasique, qu'à 65° et résiste assez bien à l'exposition à l'air et à la température de la chambre.

Hahn signale, sans y insister, l'importance de cette observation pour l'intéressante question de savoir pourquoi l'estomac et le pancréas ne se digèrent pas eux-mêmes.

Les expériences de Hahn montrent encore que le sang additionné d'histone de Lilienfeld, lequel a perdu ainsi la propriété de se coaguler immédiatement, n'a en revanche rien perdu de son pouvoir microbicide et a gardé tout son pouvoir glycolitique, ce qui vient à l'encontre de

l'opinion de ceux qui considèrent le pouvoir de détruire le sucre comme un phénomène cadavérique lié au processus de coagulation.

Les pouvoirs microbicide et glycolitique du sang présentent d'autres analogies entre eux : l'un et l'autre disparaissent quand on chauffe le sang à 55° ou qu'on le conserve à la température de la pièce ; l'intensité de l'un et de l'autre dépend de la quantité de sang expérimentée ; tous deux sont affaiblis par le mélange du sang d'une autre espèce animale et sont au contraire renforcés en cas d'hyperleucocytose.

Il reste toutefois entre eux une différence qui ne permet pas leur identification : le sérum ne possède pas de pouvoir glycolitique. J. B.

FRIEDLÄNDER. Ueber Veränderungen des Blutes durch thermische Einflüsse (*Berlin. klin. Woch.*, *n°32*, *p. 705, 9 août 1897*).

Sous l'influence de l'action *prolongée* du *froid* le sang des capillaires offre une diminution du chiffre des globules rouges, une augmentation du nombre des blancs et une diminution du poids spécifique du sang, sans aucune modification de la densité du sérum.

Dans la période de réaction qui suit l'action passagère du froid, il y a augmentation uniforme des globules rouges et des globules blancs et élévation du poids spécifique du sang, sans modification de la densité du sérum.

Sous l'influence de la *chaleur*, on note une augmentation du nombre des globules rouges et des globules blancs, plus forte pour ces derniers, un accroissement du poids spécifique du sang et de la densité du sérum.

Les leucocytes n'éprouvent des modifications parallèles à celles des hématies qu'autant que l'influence thermique a été peu prolongée et peu intense ; dans le cas contraire, qu'il s'agisse de froid ou de chaud, il se produit, indépendamment des phénomènes vaso-moteurs, une augmentation du chiffre des leucocytes due à la thermotaxie.

Friedlaender propose d'utiliser en thérapeutique cette hyperleucocytose artificielle, que déterminent, en particulier, les bains de vapeur. J. B.

I. — F. BOTTAZZI. La pression osmotique du sang des animaux marins (*Arch. ital. de biol.*, *XXVII*, *p. 61 et 77*).

II. — Le même. La pression osmotique de quelques sécrétions glandulaires d'animaux marins (*Ibid.*).

I. — Les invertébrés marins possèdent une pression osmotique de leurs liquides internes, sans exception, égale à celle de l'eau de mer. Parmi les vertébrés marins, les poissons cartilagineux sont dans le même cas.

Les vertébrés supérieurs jouissant de respiration aérienne bien que vivant continuellement dans la mer, présentent une pression osmotique du sang tout à fait indépendante de celle de l'eau de mer et approximativement égale à celle du sang des vertébrés terrestres supérieurs. Chez les téléostéens apparaît l'indépendance osmotique des liquides intérieurs par rapport au milieu : la pression osmotique de leur sang est environ moitié de celle de l'eau de mer.

II. — Les liquides de sécrétion ont une pression osmotique égale à celle du sang. Ils sont équimoléculaires. DASTRE.

W. COHNSTEIN et H. MICHAELIS. Weitere Mittheilungen über die lipolytische function des Blutes (Fonction lipolytique du sang) (*Arch f. die ges. Physiol., LXIX, p. 76*).

Le sang a la propriété de faire disparaître la graisse du chyle qui y est introduite naturellement ou artificiellement, en présence de l'oxygène (lipolyse). Cette fonction du sang est liée aux éléments figurés qui y sont contenus; mais elle peut se manifester après destruction de ces éléments. Le produit ultime de la transformation est solide. Une température (40°) exerce une action accélératrice sur la transformation. L'oxygène ne peut pas être remplacé par un autre gaz. Ces phénomènes peuvent fausser les comparaisons de divers échantillons du sang au point de vue de leurs graisses. Le produit final de la lipolyse est un corps soluble dans l'eau, dialysable, et qui sous cette forme peut sortir du sang et se répandre dans les tissus. DASTRE.

E. GLEY et LEBAS. Immunité contre l'action anticoagulante des injections intraveineuses de propeptone (*Arch. de physiol., IX, p. 848*).

Conclusion : La coagulation du sang de chien est influencée même par de faibles doses de peptone de Witte injectée rapidement; la dose minima susceptible de rendre le sang incoagulable est, d'après ces expériences, celle de $0^{gr},015$ par kilog. d'animal. Pour ces faibles doses, la durée du temps pendant lequel le sang reste incoagulable croît avec la quantité de peptone injectée : la durée d'incoagulabilité croît aussi avec la quantité de peptone injectée, et en raison inverse du délai de prise. Grosjean a vu la même chose pour les injections fortes. La durée d'immunisation contre dose égale croît avec la dose. Une dose donnée immunise contre une dose 6 ou 10 fois plus forte : les caillots obtenus alors sont l'objet d'une fibrinolyse active. Une dose trop faible de peptone, incapable de rendre le sang incoagulable, peut immuniser contre une dose efficace : il y a alors fibrinolyse. Une dose efficace, mais injectée lentement de manière à ne pas agir sur la coagulabilité du sang immunise contre une dose plus forte injectée rapidement une demi-heure plus tard.

DASTRE.

I. — H. KRONECKER. Ueber Störungen der coordination des Herzkammerschlages (Altérations de la coordination des pulsations ventriculaires) (*Zeitschr. f. Biol., XXXIV, p. 529 1898*).

II. — A. G. BARBÈRA. Ein Gefässnervencentrum im Hundeherzen (Un centre vasomoteur dans le cœur du chien) (*Ibid., XXXVI, p. 259, 1898*).

I. — Travail surtout critique où l'auteur passe en revue les recherches des dernières années sur l'innervation intrinsèque du cœur. L'auteur défend la thèse de l'origine nerveuse des pulsations cardiaques, d'après laquelle les pulsations ne naissent pas directement dans le muscle car-

diaque (comme le veut la théorie myogène d'Engelmann), mais prennent leur origine dans des centres nerveux intracardiaques d'où partent les impressions motrices, coordinatrices.

Ces centres automoteurs sont chez le chien extraordinairement délicats; une anémie brusque de très courte durée suffit pour provoquer leur paralysie foudroyante. Cette anémie peut être provoquée par l'oblitération directe des artères coronaires, pratiquée en évitant toute excitation nerveuse (injection de paraffine dans les artères coronaires, congélation des artères par le *spray* de chlorure d'éthyle). L'anémie des centres intracardiaques peut être dû également à un spasme des artères coronaires, consécutif à l'excitation directe (piqûre de Kronecker-Schmey) ou réflexe (faradisation directe d'un point quelconque des ventricules) d'un centre nerveux vaso-constricteur situé dans la cloison interventriculaire du cœur du chien. Le froid, le chloroforme agissent de la même façon.

Dès que les centres automoteurs coordinateurs cessent de fonctionner, le muscle cardiaque, émancipé de leur tutelle, cesse de donner des pulsations rythmées, et exécute des contractions fibrillaires, désordonnées, connues sous le nom du *délire du cœur*.

Une condition *sine qua non* pour l'apparition du délire du cœur (après tétanisation du cœur, ligature des artères, etc.), c'est que le muscle cardiaque présente une excitabilité normale et suffisante sur un cœur à moitié asphyxié ou malade, mais battant encore (expériences de Langendorff) la suppression de la circulation pourra ne pas donner lieu aux contractions fibrillaires.

II. — L'auteur décrit 2 moyens de paralyser le centre vaso-constricteur cardiaque admis par Kronecker; l'empoisonnement par le chloral et surtout l'élévation de la température du cœur à + 45°, à + 50°. Lorsque le centre vaso-constricteur est paralysé, les contractions fibrillaires se montrent plus difficilement lorsqu'on faradise le cœur; elles cessent dès qu'on interrompt la faradisation. Au délire momentané du cœur, succèdent les pulsations normales, phénomène qui ne se présente jamais sur un cœur de chien dans les autres conditions expérimentales.

LÉON FREDERICQ.

Ph. BOTTAZZI. Sur la systole post-compensatrice : contribution à l'excitation électrique du cœur (*Arch. ital. de biol., XXVII, p. 121*).

On voit sur le cœur embryonnaire du poulet qu'à une extra-contraction ventriculaire, et au repos compensateur correspondant, succède une systole constamment plus élevée que les autres. Il n'y a pas, à ce moment, de ganglions nerveux.

DASTRE.

G.-N. STEWART. Researches on the circulation time and on the influences which affect it (*The Journ. of phys., XXII, p. 159*).

1° Le débit du cœur (par seconde) peut varier considérablement avec une vitesse de pulsation constante. 2° Il peut être sensiblement constant avec une vitesse de battement très variable. Le débit par battement, dans ce dernier cas varie naturellement en raison inverse de la vitesse.

3° En général, quand les battements s'accélèrent beaucoup, le débit par battement diminue, tandis que le débit par seconde peut ou non être altéré; en général, pourtant, il est diminué. 4° Le débit minimum par battement coïncide souvent avec la vitesse de battement maxima. 5° Un accroissement modéré de la vitesse des battements peut correspondre à la fois à un accroissement du débit par seconde et du débit par battement. 6° Le débit maximum par battement correspond habituellement à une vitesse inférieure et souvent minima. 7° Le débit moyen par kilog du poids du corps et par seconde est en général plus grand pour un petit animal que pour un gros animal, toutes choses égales d'ailleurs. 8° Le débit moyen par battement et par kilog du poids du corps semble croître à mesure que la taille de l'animal diminue, au moins dans le cas où il n'y a pas d'un animal à l'autre de différences marquées de la vitesse des battements.

DASTRE

C. ZENONI. Recherches expérimentales sur le travail musculaire dans l'air comprimé (*Arch. ital. de biol., XXVII, p. 46*).

L'auteur étudie le travail musculaire de l'homme dans l'air comprimé, en se servant de l'ergographe de Mosso et de l'excitation électrique. On a ainsi des renseignements sur la fatigue provenant de la répétition du travail et sur l'excitabilité musculaire par l'observation des contractions isolées et de leurs circonstances, énergie de la contraction, période de latence, etc. On constate, qu'à une surpression de une atmosphère, l'excitabilité musculaire reste invariable. En second lieu, l'ampleur des contractions est augmentée dans le travail volontaire, mais la résistance à la fatigue n'est pas changée; la fatigue n'est pas retardée, quelquefois même elle apparait plus vite. Le pouvoir musculaire s'épuise plus vite, parceque la contraction est plus énergique. L'effort est toujours au préjudice du travail utile sinon comme quantité, du moins comme durée.

DASTRE.

G. WEISS. Sur l'adaptation fonctionnelle des muscles (*Arch. de physiol., IX, p. 504*).

Les fibres d'un muscle déterminé sont d'autant plus longues que l'amplitude du mouvement produit par ce muscle est plus grande. Elles sont bien adaptées lorsqu'il y a un rapport convenable entre la longueur et le déplacement. Chez l'homme, si le calcanéum est long (nègre) le gastrocnémien agissant sur un plus grand bras de levier, a besoin de moins de force pour produire la même extension, son point d'insertion calcanéen décrit un mouvement plus ample, il aura donc des fibres plus longues, sa forme sera moins globuleuse que chez le blanc. Marey réséquant le calcanéum vit en conséquence, le gastrocnémien se raccourcir en fibres musculaires et s'allonger en tendon. W. Roux note que sur un muscle à fibres parallèles, toutes les fibres sont égales, les longueurs tendineuses se compensant de haut en bas. Dans le muscle carré pronateur, la fibre musculaire est d'autant plus longue que l'amplitude de la rotation du radius autour du cubitus, variable chez les différents individus, est plus

prononcée. Les muscles dorsaux ont des longueurs de fibres très différentes suivant qu'ils s'attachent à des vertèbres plus ou moins mobiles. L'adaptation se fait en ce que le tendon gagne ou perd sur la fibre charnue. Les muscles ont des coefficients de raccourcissement différent, ils se raccourcissent de 25, de 50, de 60 0/0, d'un muscle à l'autre; mais dans un même muscle, on peut admettre le même coefficient. Pour qu'un muscle fonctionne bien, il faut que toutes ses fibres prennent la même part dans l'effort total. On peut déduire de là les longueurs relatives des fibres d'un muscle donné. Le meilleur muscle a la résistance la plus grande à la rupture, c'est-à-dire que toutes ses fibres casseraient en même temps. L'auteur vérifie ces principes sur le muscle droit antérieur de la cuisse du chien et sur le long extenseur des orteils. Chez le singe, le fléchisseur profond des doigts a une architecture rationnelle, de même le brachial antérieur. DASTRE.

I. — J. ATHANASIU et J. CARVALLO. L'action des hautes températures sur le cœur « in vivo » (*Arch. de physiol., IX, p. 789*).

II. — Les mêmes. La polypnée thermique centrale (*Ibid., X, p. 95*).

I. — Conclusions : On peut injecter dans le système veineux des animaux, des liquides très chauds (90-92°), sans amener la mort ni immédiate, ni consécutive. Les quantités que l'on peut introduire ainsi à chaque injection et avec cette température ne doivent pas dépasser 4 à 5 grammes par kilogramme de chien et 2 à 3 grammes par kilogramme de lapin et de chat. Avec ces quantités et ces températures, il faut garder, comme vitesse de l'injection 1 gramme d'eau chaude par dixième de seconde. La température de certaines portions du sang dans le cœur, la température du sang de l'artère pulmonaire peuvent arriver à 55-56° sans que la mort de l'animal s'ensuive. Le cœur de la tortue peut être porté, pendant 19 à 24 secondes, à la température de 48-50°, sans que cette température le tue.

II.— La dyspnée thermique a été signalée par Ackermann (1866-1867); Goldstein (1871) et Riegel (1874) montrèrent qu'elle est due à une action des centres supérieurs et qu'elle a pour résultat de diminuer la chaleur. Le phénomène est bien dû à l'échauffement des centres eux-mêmes et non à un réflexe (Mertschinski, Gad, Arnheim). Richet (1884) a montré que cette polypnée pouvait être centrale ou réflexe et en a fixé les conditions. Capparelli (1897) a prétendu qu'elle n'a pas lieu dans une atmosphère riche en oxygène. Les auteurs montrent que les proportions de l'oxygène et de l'acide carbonique dans le sang au début de la polypnée sont sensiblement les mêmes qu'à l'état normal. Le phénomène ne peut donc être attribué ni à une accumulation de CO^2, ni à un défaut de O dans le sang. La polypnée ne cesse pas si l'on fait respirer l'animal dans une atmosphère très riche en oxygène. Elle n'est pas due aux poisons fabriqués par l'organisme sous l'influence de la chaleur. La chaleur, en tant que chaleur, est la cause essentielle de la polypnée : c'est elle qui agit sur la cellule nerveuse du centre respiratoire. DASTRE.

H. BORDIER. Sur la mesure comparative de la conductibilité calorifique des tissus de l'organisme (*Arch. de physiol.*, *X*, *p. 17*).

La température d'un point périphérique dépend de la proximité des gros vaisseaux sanguins et aussi de la conductibilité calorifique des tissus interposés jusqu'au milieu extérieur. On sait que cette conductibilité est faible, par les exemples bien connus de l'action locale du cautère et des réfrigérants. Greiss (1870) et Landois ont essayé de déterminer cette conductibilité en prenant des fragments de tissus mis en contact avec une source constante de chaleur et en notant le temps nécessaire à la fusion d'un corps, tel que paraffine ou cire déposés sur l'autre surface. L'auteur prend une barre de cuivre rouge composée de deux segments, entre lesquels est interposé le tissu dont on veut mesurer la conductibilité, découpé lui-même en barre cylindrique. La résistance opposée par le disque de tissu à la propagation de la chaleur se déduit de la température des deux faces, et celle-ci se déduit de la température de la barre de cuivre en deux points voisins de la face. En prenant 1 pour la conductibilité de l'air, on trouve les nombres suivants : tissu osseux, 4.45; muscle en section perpendiculaire, 2.83; en section parallèle, 2.45; caillot sanguin, 2.71; tissu tendineux, 1.92; tissu cartilagineux, 1.85; tissu adipeux, 1.38. Ces résultats diffèrent beaucoup de ceux de Landois. DASTRE

M. MUEHLMANN. Ueber die Ursache der täglichen Schwankung der Körpertemperatur (*Archiv f. die ges. Phys., LXIX*, *p. 613*).

Les oscillations thermiques de l'organisme présentent une grande régularité. La température du corps s'élève du matin jusqu'au soir (lapin) comme la température de l'air, mais la marche de celle-ci n'est point parallèle à celle du corps : au contraire, la marche de l'humidité de l'air est analogue à celle du corps. Les oscillations thermiques de l'organisme ne sont peut-être pas correspondantes uniquement à des variations extérieures. DASTRE.

E. CAVAZZANI. Origines de la chaleur animale ; action du curare, de l'atropine, du violet de méthyle sur la thermogenèse et la glycogenèse dans le foie (*Arch. ital. de biol.*, *XXVII*, *p. 284*).

Le parenchyme hépatique, sauf de rares exceptions, possède la température la plus élevée de l'organisme. Cette température est modifiée par l'excitation électrique des nerfs hépatiques, des vagues. Elle est élevée par l'injection de cocaïne, bile, laudanum; diminuée par le chloral et le curare. Si l'on pratique une circulation artificielle dans le foie, le sang sortant est plus chaud qu'à l'entrée : de même si l'on ajoute à ce sang circulant la cocaïne, le laudanum, la bile, la nicotine. Le phénomène n'a plus lieu si l'on adjoint au sang du chloral, du curare. Après la mort par asphyxie, toute circulation ayant cessé, la température du foie s'élève, tandis que la température du corps, rectum, abdomen, diminue. Les cellules hépatiques sont le siège d'un processus thermogène. Le curare n'a pas d'influence sur la thermogenèse post-mortelle du foie; il en a une

sur la thermogenèse hépatique pendant la vie, au début, pour l'augmenter, mais ensuite pour la diminuer si la curarisation est profonde. L'action de l'atropine est analogue. Le violet de méthyle empêche l'augmentation de température du foie pendant l'asphyxie et après la mort. La thermogenèse hépatique serait due à une fonction des cellules du foie, gouvernée par le système nerveux, exaltée par l'asphyxie, et exercée même en l'absence de circulation. Un des mécanismes de la thermogenèse hépatique, peut-être le principal, est un processus d'hydratation qui transforme le glycogène en sucre, et produit 159 calories environ pour 180 grammes. DASTRE.

J. LEFÈVRE. Résistance thermogenétique de l'organisme humain (*Arch. de physiol., X, p. 1*).

On étudie, pendant l'action réfrigérante de l'eau, les températures cutanée, musculaire, viscérale. L'auteur renouvelle les appareils usuels en employant une pile de contact nouvelle et une aiguille thermo-électrique spéciale. Les mesures sont faites avec le galvanomètre Thomson à 2 bobines, 6 aimants, presque apériodique. Voici les résultats :

1° La peau lutte parfaitement contre l'invasion du froid. L'homme ne fait pas la part du froid en rejetant la masse sanguine vers le noyau central. Ce n'est pas ainsi qu'il conserve sa haute température;

2° Les diverses températures intérieures, viscérales ou musculaires, non seulement sont de même grandeur, mais subissent pendant la réfrigération des oscillations de même sens;

3° La masse musculaire, au début de la réfrigération, s'échauffe environ 3 fois plus que la région splanchnique, ce qui condamne l'hypothèse que la région splanchnique serait privilégiée au point de vue de la conservation ou de la production de la chaleur.

L'auteur suit la marche des températures internes du biceps et du rectum, et il la met en regard du nombre des calories perdues; il arrive ainsi aux conclusions suivantes, dont les trois premières ne sont qu'une nouvelle forme des précédentes et se résumeraient ainsi : la température de la surface cutanée, relativement élevée pendant la réfrigération, surpasse de 10° la température de l'eau dans les bains à 5 ou 6°; la température de la région sous-cutanée, plus élevée que la précédente, est aussi haute dans les bains à 5° et à 12° que dans ceux de 18° à 29°. Ces deux lois, rapprochées du fait de l'accélération des débits avec les températures décroissantes, prouvent que non seulement la résistance aux violentes réfrigérations ne se fait pas par diminution des pertes de chaleur, mais encore que l'organisme, bien loin d'abandonner l'enveloppe cutanée pour faire la part du froid, prodigue la chaleur et soutient d'autant mieux la peau dans sa résistance que la réfrigération se fait à des températures plus basses;

4° Pendant l'action du froid le plus vif, la température musculaire des membres reste voisine de la normale, et on peut dire qu'au-dessous de l'aponévrose périphérique, toute la masse organique est protégée contre l'invasion du froid;

5° Les diverses températures viscérales et musculaires, voisines les unes des autres, suivent pendant la réfrigération des oscillations de

même sens. On peut donc s'occuper de la température du corps et suivre, en un seul point, ses variations;

6° La masse musculaire, tout en étant extérieure au noyau splanchnique, résiste plus énergiquement au froid que ce dernier. L'expérience détruit donc cette hypothèse des auteurs, à savoir que le noyau central est privilégié dans la résistance thermogenétique ;

7° Au début de la réfrigération, après des pertes de 200 calories, la température du corps s'élève pendant plusieurs minutes, au-dessus de son point de départ;

8° Plus basse est la température du bain, plus grande est l'excitation et plus durable aussi la résistance de l'organisme;

9° Toutes ces lois s'appliquent aux enfants malgré leur petite taille qui, en augmentant la valeur relative de leur surface augmente proportionnellement la grandeur de la réfrigération. Toutes ces observations sont relatives à des réfrigérations très violentes, mais dont la durée ne dépasse pas habituellement 15 à 20 minutes. DASTRE.

A. CAPPARELLI. Recherches sur l'hyperthermie chez les animaux (*Arch. ital. de biol.*, *XXVIII*, *p. 177*, *et Atti della Accad. in Catania*, *X*).

L'auteur a étudié les phénomènes respiratoires de l'hyperthermie. Chez le lapin, à 41°, la respiration devient fréquente et superficielle (polypnée); à 42°, ce n'est plus qu'une véritable vibration thoracique rapide; de plus, les excursions thoraciques se divisent en groupes alternatifs d'excursions graduellement croissantes, puis décroissantes, sans pause post-respiratoire comme dans le phénomène de Cheyne-Stokes. Si l'on fournit à l'animal de l'oxygène, la respiration devient presque normale; plus l'oxygène est abondant, plus les actes respiratoires se ralentissent, bien que l'hyperthermie augmente. Ce fait est incompatible avec l'explication téléologique de la polypnée (besoin de l'organisme de se rafraîchir par une abondante évaporation pulmonaire) par suite de l'intervention d'un centre nerveux bulbaire thermo-respiratoire. D'ailleurs, la polypnée se produit encore dans un milieu humide où l'évaporation pulmonaire est entravée. L'acide carbonique également atténue la polypnée. La polypnée est asphyxique par suite du renouvellement incomplet des gaz du milieu alvéolaire (respiration superficielle, convulsion respiratoire). Les altérations du sang ont une part très importante dans les accidents mortels : il y a hypoglobulie, formation de méthémoglobine, etc. Le fait que la mort se produit quelquefois tardivement excluerait la production de toxines comme cause. DASTRE.

J. HALDANE et J.-L. SMITH. The absorption of oxygen by the lungs (poumons) (*The Journ. of phys.*, *XXII*, *p. 231*).

1° Chez les animaux qui ont été examinés, la tension normale de l'oxygène dans le sang artériel est toujours plus haute que dans l'air alvéolaire, et elle est chez quelques animaux plus haute que dans l'air inspiré. L'absorption de l'oxygène dans les poumons ne peut ainsi être expliqué par la seule diffusion. 2° Une diminution de la température du corps détermine une diminution dans la tension de l'oxygène du sang artériel.

3° L'augmentation de l'oxygène dans l'air alvéolaire détermine une augmentation proportionnelle de la tension de l'oxygène dans le sang artériel, de sorte qu'il se fait une absorption active dans les atmosphères plus oxygénées que l'atmosphère actuelle. 4° La diminution de tension de l'oxygène, ou du pourcentage d'oxygène dans l'air alvéolaire, détermine une chute de la tension d'oxygène dans le sang artériel. Mais, le défaut d'oxygène, quelle qu'en soit la cause, acide carbonique en excès, air moins oxygéné, diminution de la pression atmosphérique, accroît l'excès relatif de la tension de l'oxygène du sang artériel sur celui de l'air alvéolaire. En d'autres termes le défaut d'oxygène agit comme un stimulus pour l'absorption d'oxygène. 5° Les symptômes causés par la diminution de tension de l'oxygène de l'air respiratoire, sont dus à la diminution de tension de l'oxygène du sang dans le poumon, et non à la diminution de la quantité d'oxygène dans le sang qui revient des poumons. DASTRE.

I. — BOHR et V. HENRIQUEZ. Recherches expérimentales sur la production de l'acide carboniqee et la consommation d'oxygène dans le poumon (combustion pulmonaire) (*Arch. de physiol.*, *IX*, *p. 590 et 818*).

II. — Les mêmes. Comparaison des quotients respiratoires déterminés simultanément dans le sang et dans l'air expiré (*Ibid.*).

I. — Les auteurs ont déjà prouvé que les échanges respiratoires pouvaient conserver une valeur élevée, alors que les tissus irrigués par le sang sont de plus en plus restreints. Ce fait posait à nouveau la question des combustions respiratoires dans le poumon. On la résout ainsi : on détermine la teneur en gaz du sang afférent du poumon et la quantité de sang qui traverse le poumon dans un temps donné, c'est-à-dire en définitive ce que le sang apporte de CO^2 et d'O dans le poumon. D'autre part, on mesure directement les échanges respiratoires dans le même temps. On constate que le poumon, dans ce temps, excrète plus de CO^2 que le sang n'en a apporté, et on est forcé de conclure que la différence de CO^2 s'est formée dans le poumon. Le poumon joue un rôle dans la formation de CO^2 et dans l'absorption de l'O, rôle tantôt peu marqué, tantôt très marqué, jusqu'à atteindre les deux tiers du processus total. Cette proportion est variable suivant laquelle le poumon et les autres tissus se partagent les combustions. On ne sait pas la raison qui la fait varier. Dans un cas particulier, on trouve que 66 0/0 de l'acide carbonique éliminé ont été formés dans le poumon, et cela par dédoublement et non-oxydation.

II. — Le poumon n'est pas seulement le siège d'une excrétion de CO^2 déjà formé dans le sang, et d'une absorption d'O en état dissociable. Cet organe est en même temps le lieu d'un processus inverse, en vertu duquel de l'O est consommé et du CO^2 formé. Il y a donc 2 facteurs différents intervenant dans les échanges ; l'un des facteurs est la respiration élémentaire des tissus ; l'autre, la respiration élémentaire dans le poumon. Dans certains cas, ces deux facteurs peuvent se dissocier. La saignée, par exemple, change la répartition du travail respiratoire entre le poumon et les tissus. Pour en juger, il faut examiner simultanément le sang et l'air expiré. C'est ce qu'ont fait les auteurs. Les cellules pulmonaires peuvent

élaborer les substances que le sang amène des tissus, en séparer l'acide carbonique et en fixer l'oxygène. DASTRE.

C. COGGI. Action du chlorure de sodium sur l'absorption des graisses (*Arch. ital. de biol., XXVIII, p. 315, et Rivista d'ig., VI, n° 21*).

L'action du chlorure de sodium sur l'échange matériel a été l'objet d'un grand nombre de travaux depuis Boussingault, Barral, Bischoff, etc., jusqu'à Pugliese et Coggi lui-même. La conclusion de ces études souvent contradictoires, c'est que le chlorure de sodium produit dans l'organisme une épargne des substances azotées. Avec une dose élevée on obtient, en effet, une augmentation du poids du corps, augmentation du volume d'urine sécrétée, diminution de l'urée et de l'azote excrétés, rétention partielle du sel, abaissement du rapport de l'azote à l'acide phosphorique et à l'ammoniaque. Quant à l'absorption des graisses, elle est peu influencée par les doses modérées de sel et elle diminue pour les doses élevées. DASTRE.

V. DUCCESCHI. Sur les fonctions motrices de l'estomac (*Arch. ital. de biol. XXVII, p. 61, et Arch. per le sc. med., XXI, 5*).

L'auteur étudie, au moyen d'un ballon-sonde introduit dans l'estomac du chien, les mouvements de l'organe. Il constate que les diverses régions ont des mouvements distincts, particulièrement la région pylorique, d'une part, et la région cardiaque, d'autre part. Il étudie l'action des divers excitants sur les diverses régions. La distension est une cause d'excitation très active ; ensuite les acides chlorhydrique et lactique. Il y aurait des mouvements antipéristaltiques dans l'antre pylorique, lesquels coopéreraient à la circulation des matières ingérées. Toute cette motricité est sous la dépendance des appareils intra-viscéraux de l'estomac ; les nerfs extrinsèques, et particulièrement le sympathique, règlent le travail nutritif intime de ses parois, de manière que l'excitabilité se trouve toujours en condition normale. DASTRE.

J.-Ch. ROUX et V. BALTHAZARD. Étude du fonctionnement moteur de l'estomac à l'aide des rayons de Röntgen (*Arch. de physiol., X, p. 85*).

On mélange intimement aux aliments du sous-nitrate de bismuth, sel opaque aux rayons X. On prend des radiographies successives, à intervalles réguliers, chez la grenouille où la transparence des tissus permet d'obtenir des photographies avec une durée de pose de 1 seconde environ. Sur le chien et l'homme, on dessine sur la plaque de l'écran fluorescent le contour de l'ombre portée de l'estomac. Dans l'évacuation la contraction naît au milieu de la grande courbure, se propage vers le pylore, et avant d'y arriver, celui-ci laisse passer les matières et les chasse plus loin tout aussitôt ; c'est-à-dire que l'onde prépylorique se propage jusqu'au duodénum. Ces mouvements sont périodiques, à période rapide (10, 15 secondes chez l'homme ; plus lente chez la grenouille). La motricité de la région supérieure n'est pas appréciable. Pour

les liquides, l'évacuation commence après 2 ou 3 minutes; pour les solides, ce mécanisme n'entre en jeu que beaucoup plus tard (3 heures environ). L'eau ajoutée au repas disparaît dans la masse; la peptone excite la contractilité de l'estomac et la sécrétion. Avec l'acide chlorhydrique à 3/1000, mêmes phénomènes, mais plus tardifs. DASTRE.

DASTRE et FLORESCO. Fonction martiale du foie chez tous les animaux en général (*Arch. de physiol.*, *X*, *p. 176*).

Conclusions : 1° chez les crustacés (homard, langouste, écrevisse) l'organe hépatique est riche en fer et il est seul à l'être ; 2° chez les céphalopodes (poulpe vulgaire, seiche, calmar) l'organe hépatique (hépato-pancréas) est riche en fer. Il contient 25 fois plus de fer à poids égal que le reste du corps; 3° chez les lamellibranches, état de choses analogue. Le foie contient constamment du fer. Il en contient 5 à 6 fois plus à poids égal et à l'état sec que le reste du corps, chez les huîtres; 4 à 5 fois plus chez les pectens; 5 fois chez les moules; 4° chez les gastéropodes, résultat analogue; 5° la proportion de fer du foie est indépendante, dans une large mesure, du jeûne, de l'habitat, de l'alimentation, des conditions extérieures; 6° elle dépend au contraire de conditions physiologiques, activité vitale, formation de la coquille chez l'escargot; 7° le fer passe dans la sécrétion hépatique (escargots) : celle-ci en contient notablement, 3 à 5 fois plus à l'état sec que le foie lui-même.

Ces faits établissent que le foie possède une fonction martiale; que le fer y existe, non au hasard des absorptions extérieures, mais par des causes et pour des usages physiologiques réglés. Cette fonction n'est pas l'hématolyse. Le métal du foie est indépendant du pigment métallique du sang. Le pigment biliaire n'a pas son origine dans le pigment sanguin. Cette conclusion est rigoureuse chez les invertébrés. Chez les vertébrés, à la fonction martiale du foie vient se superposer la fonction hématolytique. Cette fonction martiale serait un fonction d'oxydation.

DASTRE.

E. CAVAZZANI. Sur le mécanisme de la transformation du glycogène du foie en glycose (*Arch. ital. de biol.*, *XXVIII*, *p. 91*).

Deux théories sont en présence. L'une, défendue par Dastre (1888), attribue cette transformation à l'activité du protoplasma des cellules hépatiques. L'autre, soutenue par Salkowski, Ellenberger, Röhmann, Arthus et Huber. L'auteur se rattache à la première théorie. Il a montré (1894) qu'en provoquant une abondante production de glycose par excitation nerveuse, on n'augmente pas le pouvoir saccharifiant du sang afférent du foie, ni du tissu hépatique. Seegen et Kratschmer, Florence Eves, Panormow, Noël Paton appuient la même opinion. L'auteur paralyse la cellule hépatique par le violet de méthyle qui se fixe bien sur les cellules du foie, et qui, d'autre part, n'empêche pas l'action des ferments diastasiques. On voit que le violet de méthyle retarde ou empêche la saccharification du glycogène hépatique après la mort. Bien qu'il existe un ferment diastasique dans le foie, il y a dans le proto-

plasma des cellules hépatiques, une action saccharifiante plus énergique qui transforme physiologiquement le glycogène en glycose. DASTRE.

DOYON et DUFOURT. Contribution à l'étude de la sécrétion biliaire (*Arch. de physiol., IX, p. 562*).

Les auteurs ont pratiqué des fistules biliaires complètes et essayé l'effet des cholagogues.

La bile s'est montrée la seule substance qui augmente la quantité des matériaux constituants de la sécrétion biliaire (sels biliaires, savons, graisses) par suite d'une stimulation de l'activité hépatique. La quantité de bile s'accroît nettement avec le salicylate de soude en quantité forte (1gr.5 par 10 kilogr. d'animal) ; l'augmentation paraît porter sur l'eau.

L'huile d'olive n'a aucune action cholagogue ; elle augmente les graisses de la bile. Elle masque l'action de la bile lorsqu'on les mélange en émulsion. La glycérine n'a pas de propriété cholagogue.

Le bicarbonate de soude n'est pas cholagogue, mais il semble diminuer les sels biliaires et les savons.

Le calomel, à dose purgative, fait baisser la quantité de bile de moitié ou d'un tiers ; les sels biliaires et savons, de moitié. DASTRE.

FRANÇOIS-FRANCK et HALLION. Circulation et innervation vaso-motrice du pancréas (*Arch. de physiol., IX, p. 661*).

C'est une partie de l'étude d'ensemble que poursuivent les auteurs sur la topographie physiologique du sympathique abdominal. Les points traités dans ce travail sont les suivants : technique de l'exploration de la circulation pancréatique ; pulsations et ondulations rythmiques des vaisseaux pancréatiques ; action vaso-contrictive du sympathique thoracique, des deux cordons sympathiques ; limite postérieure des vaso-constricteurs pancréatiques ; action vaso-dilatatrice peu importante du sympathique sur le pancréas ; action vaso-dilatatrice du pneumogastrique ; réflexes vaso-constricteurs ; réflexes vaso-dilatateurs des filets sensibles afférents au pneumogastrique ; effets vaso-moteurs de l'excitation asphyxique. DASTRE.

A. STOUDENSKI. La courbe de calorification du chien durant le jeûne (*Arch. russes de pathol., 31 oct. 1897*).

En déterminant jour par jour à l'aide d'un calorimètre à eau, la calorification du chien sous l'influence du jeûne, l'auteur a trouvé que dans la période moyenne de l'inanition, c'est-à-dire dès le 5e jour de l'inanition jusqu'à la perte de 31 0/0 du poids initial du corps, la calorification par 1 kilogramme du poids du chien reste constante. H. FRENKEL.

I. — P. LANGLOIS. Recherches sur l'identité physiologique des corps surrénaux chez les batraciens et les mammifères (*Arch. de physiol., X, p. 104*).

II. — Le même. Le mécanisme de destruction du principe actif des capsules surrénales dans l'organisme (*Ibid., p. 124*).

I. — Ces corps avaient été identifiés anatomiquement. L'identification physiologique résulte, en premier lieu, de l'identité des symptômes produits par l'ablation; l'auteur en donne une seconde preuve tirée de ce que l'extrait surrénal de grenouille se comporte absolument comme celui des mammifères. Il y a des indices de la même réaction colorante avec le perchlorure de fer.

II. — Voici les conclusions de ce mémoire : La substance active de l'extrait surrénal disparaît en moins de trois minutes dans le sang artériel. Cette disparition coïncide avec le retour à la pression initiale. La durée de la période d'effet est fonction de l'activité des échanges ; elle est longue chez les animaux refroidis, courte chez les animaux réchauffés. Les agents oxydants, ozone, ferments oxydants de l'organisme, détruisent *in vitro* la substance capsulaire. Cette destruction se fait partout mais surtout dans le foie. La macération du tissu hépatique atténue l'activité de la substance plus que toutes les macérations d'autres organes. L'injection dans la veine mésentérique reste sans effet, alors que dans une veine différente elle élèverait la pression. Après injection, le sang de la veine s-hépatique est moins riche en substance active que le sang d'une autre région. L'effet d'élévation de pression subsiste plus longtemps si l'on supprime la circulation hépatique. DASTRE.

HORSLEY. Der Sauerstoff-Bedurfniss des Organismus (Le besoin d'oxygène de l'organisme) (*Münch. med. Woch., p. 499, 11 mai 1897*).

Injectant du bleu de méthylène à un animal, bleu qui perd sa couleur par la réduction et se fonce en s'oxydant, l'auteur a constaté : 1° que l'intensité de la coloration bleue mesure l'intensité de l'oxydation en différents organes; 2° que sur le muscle normal la contraction augmente l'oxydation (coloration plus foncée); 3° que, sur un muscle atrophié, l'oxydation de contraction diminue à mesure que l'atrophie augmente; 4° quelques organes en dégénérescence graisseuse subissent à peine l'oxydation (coloration très peu intense du rein gras). C. LUZET.

Jacques LÖB. Physiologische Untersuchungen über Ionenwirkungen (Recherches physiologiques sur l'action des ions) (*Archiv f. die ges. Phys., LXIX, p. 1*).

1° Un muscle plongé dans la solution physiologique y conserve son poids; si l'on ajoute une petite quantité d'une solution étendue d'acide ou de base le poids augmente notablement. 2° Pour les acides minéraux très étendus, azotique, chlorydrique, sulfurique, etc., l'augmentation de poids est une fonction du nombre des ions-hydrogène contenus dans l'unité de volume de la solution. Cette augmentation est la même pour les acides étendus qui ont le même nombre d'ions-hydrogène dans l'unité de volume.

3° Pour les acides organiques, le phénomène n'est pas aussi simple. Les ions et les molécules non dissociés ont un rôle. 4° Pour les bases telles que lithine, potasse, soude, strontiane, baryte, l'augmentation du poids du muscle est fonction du nombre des ions-hydroxyle contenus dans l'unité de volume. L'augmentation du poids est la même pour les solutions étendues qui possèdent le même nombre d'ions-hydroxyle dans l'unité de volume. 5° Si l'on porte le muscle dans différentes solutions de NaCl, dont la pression osmotique est plus haute ou plus basse que celle du muscle (4,91, atmosphères), la variation de poids du muscle n'est pas proportionnelle à la différence de pression osmotique entre le muscle et le milieu. Le muscle augmente plus rapidement dans les solutions hypisotonique ; il diminue plus vite dans les solutions hypérisotoniques. Les choses se passent comme si l'absorption ou la perte d'eau, était liée au nombre des molécules dissoutes dans le muscle. 6° Le bien fondé de la théorie de van T'Hoff est ici démontré par ce fait que les solutions de chlorure de lithium, potassium, rubidium, cœsium, magnésium, calcium, strontium, baryum, ont la même action sur le poids du muscle que la solution de NaCl de même pression osmotique. 7° Les carbonates de sodium et potassium déterminent une absorption d'eau qui est due aux ions-hydroxyle, de même que l'action excitante faussement attribuée au sodium. 8° La toxicité relative des groupes d'ions, l'ithium, sodium, potassium, pour le muscle marche parallèlement à la vitesse de diffusion des ions et non aux poids atomiques. Même chose par la toxicité relative d'autres groupes naturels tels que baryum, strontium, calcium, magnésium. DASTRE.

J. ROIETZKY. Contribution à l'étude de la fonction hématopoiétique (*Arch. des sc. biol. de St-Pétersbourg, V, p. 231*).

De nombreux examens comparatifs du sang de l'artère nourricière du tibia et de la veine correspondante chez le chien, ont permis à J. Roïetzky de formuler les conclusions suivantes :

Dans la moelle des os longs chez les chiens normaux se fait l'évolution des globules blancs qui passent de l'état jeune à l'état adulte; ces derniers sont donc plus nombreux dans le sang veineux que dans le sang artériel.

Les vieux globules blancs (leucocytes polynucléaires) ne se forment pas dans la moelle osseuse.

La fonction hématopoiétique de la moelle osseuse ne se trouve pas augmentée chez le chien dans la leucocytose expérimentale provoquée par l'injection d'essence de térébenthine; mais elle est parfois exaltée dans la leucocytose pathologique. E. MOSNY.

C. DELEZENNE. Formation d'une substance anticoagulante par circulation artificielle de sérum d'anguille ou d'extraits d'organes à travers le foie (*Arch. de physiol., IX, p. 646*).

Il est vraisemblable que tout un groupe de produits n'ayant aucune action sur la coagulation du sang *in vitro* sont capables de la produire quand ils sont injectés dans le torrent circulatoire, grâce à l'action que le foie exerce sur eux.

Le sérum d'anguille n'exerce aucune action suspensive sur la coagulation du sang *in vitro ;* au contraire, il l'accélère proportionnellement à la quantité que l'on ajoute. Injecté *in vitro* il rend le sang incoagulable, et cela à la dose de 2 centièmes de centimètre cube par kilogramme d'animal.

Dans le tissu cellulaire ou les séreuses, pas d'action sur la coagulation. Peu d'influence chez le lapin. Le sérum d'anguille perd ses propriétés toxiques et anti-coagulantes, si on le chauffe. Injecté en solution étendue dans le foie il en sort *anti-coagulant in vitro.* Dans les autres organes, il sort au contraire plus coagulateur.

Il s'agit d'une substance fabriquée par le foie, sous l'influence du sérum d'anguille, de la peptone et des extraits d'organes. Delezenne ne croit pas qu'elle soit fabriquée par d'autres tissus, sans le nier formellement. Les extraits d'organe *in vitro* accélèrent, en injection veineuse retardent la coagulation. Ils ne peuvent conférer l'immunité contre les effets habituels de la peptone d'après Contejean. L'inverse a été constaté par l'auteur qui immunisa par la peptone contre l'extrait d'organes.

Le plasma d'extrait d'organes, comme le plasma de peptone, empêche la coagulation *in vitro.* Les extraits d'organes, comme la peptone, circulant à travers le foie, en font sortir une substance qui est anti-coagulante *in vitro.* Les extraits d'organe agissent comme la peptone, c'est-à-dire qu'ils déterminent la production par le foie d'un produit nouveau doué de propriétés anti-coagulantes spécifiques et immunisantes contre l'effet d'une nouvelle injection. Le principe anti-coagulant résiste à l'ébullition, peut être filtré, conservé avec le chloroforme. DASTRE.

CHIMIE MÉDICALE.

BOTTAZZI. Contributi alla conoscenza del importanza fisiologica delle sostanze minerali (*Lo Sperimentale, LI, p. 230*).

La congélation répétée du sang ne met pas ses sels en liberté, l'hémoglobine qui passe dans le sérum est sans action osmotique. La pression osmotique du sérum est normalement égale à celle du contenu des globules rouges. A la suite de la coagulation du sang par la chaleur, la pression osmotique du liquide diminue notablement. Le sang ou le sérum, traversés pendant un certain temps par un courant d'acide carbonique, présentent une pression osmotique supérieure à la normale. On peut temporairement augmenter la pression osmotique du sang, au moyen d'injections intra-veineuses des liquides hypertoniques ; en conséquence, la capacité qu'ont les substances protéiques de fixer les sels introduits dans le sang ne peut dépasser une certaine limite sans que ceux-ci soient éliminés. C. LUZET.

ASKANAZY. Ueber Wassergehalt des Blutes..... (De la teneur en eau du sang et du serum sanguin) (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, *LIX*, *p. 385*).

A l'état normal, l'auteur constate que le sang total des femmes a un poids spécifique et un extrait sec moindre que celui des hommes; par contre le sérum des femmes est plus pauvre en eau que celui des hommes. Dans les troubles vasculatoires il n'a pas constaté que la diminution de la force du cœur, dans les débuts des troubles de compensation amène une accumulation d'eau dans le sang et dans les veines voisines du cœur. Dans les néphrites avec œdème, la teneur en eau du sang total n'était pas augmentée. On n'a pu constater le parallélisme entre la dilution du sang et l'étendue de l'œdème, ni chez divers malades, ni chez le même, à diverses phases de la maladie. Dans les anémies graves il confirme l'assertion de Limbek et Pick, que tissus et sérum s'appauvrissent en albumine simultanément, de sorte que le sérum sanguin donne la mesure approximative de la cachexie de tout l'organisme. L'auteur rapporte encore quelques mensurations faites dans la leucémie et dans les fièvres. C. LUZET.

E. BOULLANGER. Action des levures de bière sur le lait (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, *XI*, *p. 720*).

L'action des levures de bière sur le lait est un phénomène complexe; à côté de la dissolution d'une partie de la caséine et de la formation de cellules vivantes, il y a destruction de cette caséine à un degré plus ou moins avancé suivant la levure. Le procès de transformation est le même que celui qui se produit avec certains microbes, actifs producteurs de caséase. Mais avec ces espèces, la transformation suit une marche rapide, tandis qu'avec les levures, elle demande en général des mois pour se produire. Cependant le mécanisme de l'action reste au fond le même et la différence ne porte que sur le temps qui est nécessaire pour produire le phénomène. PAUL TISSIER.

G. LÖRCHER. Ueber Labwirkung (Action du ferment lab) (*Arch. f. die ges. Phys.*, *LXIX*, *p. 141*).

Pour l'extraction du ferment lab, il est préférable de s'adresser à la muqueuse desséchée plutôt qu'à la muqueuse fraîche. En enlevant la muqueuse on ne peut empêcher le contact des parties profondes avec l'acide de la surface et, par conséquent, la transformation partielle du zymogène lab en enzyme. L'emploi de la muqueuse desséchée est préférable aussi pour la comparaison des pouvoirs fermentifères. Il faut employer l'extrait glycérique si l'on veut comparer le zymogène à l'enzyme.

Les alcalis, les fluorures et oxalates alcalins paralysent le ferment lab: les carbonates ont une action moins marquée, moins encore les bicarbonates. Les sels alcalins diffèrent peu s'ils sont employés en quantité équimoléculaires. Le chlorure de sodium peut accélérer la coagulation du lait en solutions étendues. L'auteur étudie l'action de beaucoup d'agents chimiques. Les alcalis détruisent le ferment lab d'autant plus énergiquement que la solution de lab est faible et la concentration de

l'alcali plus forte. Les acides concentrés sont aussi destructeurs. Le lait qui n'a pas été cuit coagule plus vite que celui qui a subi une haute température. Cependant la réaction acide élève la résistance du lab : de même la solution dans la glycérine par opposition à la solution dans l'eau. Le lab peut agir entre 10° et 60°. A concentration moyenne il est détruit par un chauffage de 10 minutes entre 60° et 70°. La rapidité de la coagulation n'est proportionnée à la quantité de ferment que dans des limites très étroites. Le lab existe d'abord à l'état de zymogène : les conditions de la transformation en enzyme sont indiquées, ainsi que la teneur de l'estomac en enzyme et en zymogène à l'état de jeûne et de digestion.

DASTRE.

A. PUGLIESE. Ueber den Einfluss der Erwärmung auf diastatische Fermente (Influence de l'échauffement sur les ferments diastasiques) (*Archiv f. die ges. Physiol., LXIX, p. 115*).

Le chloroforme exerce une influence sur l'enzyme qui dédouble le maltose, c'est-à-dire sur la maltase. Le thymol nuit à l'activité de la salive étendue. Si l'on précipite l'extrait de malt avec l'alcool, le précipité contient la diastase, mais si l'on laisse se prolonger le contact pendant quelque temps, la redissolution dans l'eau ne fournit plus que la diastase, libre de maltase. Au contraire, l'extrait aqueux primitif contient beaucoup de maltase. La chaleur agit sur la diastase du malt autrement que sur la diastase de la salive, suivant son degré ; à 43° le ferment salivaire n'est pas altéré, la diastase du malt, au contraire, est affaiblie. Les maltases sont plus sensibles à l'action de la chaleur que les diastases. L'alcali qui inhibe à la température ordinaire l'action diastasique, si l'on vient à chauffer, exerce une action préservatrice sur les ferments diastasiques et maltasiques. Il n'y a pas de différences essentielles entre les diastases végétales et animales. L'action de la température dépend de conditions accessoires, concentration, réaction, teneur en sels et en substances azotées.

DASTRE.

MORACZEWSKI. Ueber die Enzyme (Sur les enzymes) (*Arch. f. die ges. Physiol., LXIX, p. 32*).

L'action des ferments solubles n'est pas entravée par les agents qui précipitent la chaux. Lorsqu'il semble en être ainsi, l'effet est dû à la seule alcalinité de l'agent. Cependant, la fermentation produite par le lab est étroitement unie à l'intervention des sels de chaux (Hammarsten). Les oxalates exercent une action inhibitrice sur la ptyaline, la diastase et l'invertine. L'affaiblissement des enzymes par les savons est compensée si l'on rend la chaux. Les oxalates alcalins agissent plus énergiquement que les oxalates neutres. La quantité de chaux nécessaire à l'action des ferments est très faible, car la précipitation à l'état de sulfate (solubilité 2 pour 1000) ne suffit pas à entraver la fermentation, tandis qu'elle suffit à l'état de phosphate. En faible quantité, le phosphate et le fluorure favorisent la fermentation.

DASTRE.

SZUMOWSKI. Sur la fixation des enzymes par la fibrine (*Arch. de physiol., X, p. 160*).

La fibrine possède la propriété de fixer la pepsine et divers autres enzymes. On a noté le fait depuis assez longtemps (von Wittich, Hammarsten, Wurtz, Grützner, Sahli, Gehrig, etc.) et il a été utilisé pour l'appréciation quantitative des ferments, car la quantité fixée semble en proportion de celle qui existe dans la liqueur. L'auteur vérifie le fait pour le lab-ferment, la diastase du malt, l'émulsine, l'invertine, la ptyaline. Ce n'est pas seulement la fibrine crue qui fixe les enzymes; c'est aussi la fibrine bouillie, desséchée par l'alcool, conservée dans la glycérine, etc., mais elles ne sont pas égales quant à leur pouvoir de fixation. La fibrine prend les enzymes non seulement aux solutions aqueuses, mais aux solutions salines et glycériques. Ceci permet de retirer le ferment de solutions où il est masqué. D'autre part, la fibrine cède successivement son enzyme aux substances transformables par celle-ci. Elle la cède à l'eau plus facilement qu'à la glycérine. Plongée dans des solutions d'enzymes différentes, elle manifeste surtout les réactions de la dernière. DASTRE.

G. HOPKINS et F. BROOK. On halogen derivates from proteids (*The Journ. of phys., XXII, p. 184*).

Depuis le travail de Brumann sur l'iodothyrine, l'attention s'est portée sur les dérivés iodés, brômés, chlorés des matières albuminoïdes. On a combiné l'albumine directement à l'iode et obtenu des produits thérapeutiques actifs (S. Blum, 1896), de même pour la caséine (Liebreich, Lepinois). Les auteurs de ce mémoire avaient déjà obtenu des composés définis, en précipitant par le brome de l'albumine d'œuf diluée à 10 ou 15 volumes et légèrement acidifiée par l'acide acétique. Il n'y a ni dégagement gazeux ni dégagement de chaleur appréciable. On a ainsi un bromure d'albumine qui est soluble dans le carbonate de soude. On obtient de même des produits chlorés et des produits iodés. Il semble que ces produits soient parfaitement définis: ils sont amorphes ils ne dialysent point ; leur poids moléculaire est élevé ; ils donnent la réaction xanthoprotéique et du biuret; ils se clivent en produits cristallisables sous l'action du suc pancréatique. Ces dérivés ne donnent plus la réaction de Millon. L'halogène semble s'être fixé sur un noyau aromatique dans la molécule. Les dérivés ne donnent pas non plus de sulfure de plomb lorsqu'ils sont traités par les sels de plomb en solution alcaline ; il y existe probablement dans un groupe sulfonique. DASTRE.

R. BENJAMIN. Beiträge zur Lehre von der Labgerinnung (Étude sur la coagulation par le lab) (*Arch. f. path. Anat., CXLV, 1*).

Les solutions de lab coagulent le lait très vite quand ce dernier est acide, moins vite quand le lait est neutre. Le lait alcalin ne coagule point sous son influence. L'addition d'eau au lait retarde, puis empêche sa coagulation.

Le lait qui a été porté à l'ébullition coagule dès qu'on y ajoute 0,1 de

poudre de lab. Quant au lait stérilisé, le lab ne provoque pas sa coagulation.

En ajoutant de faibles proportions de chloroforme au lait, on favorise la coagulation de ce dernier, mais des doses plus fortes de chloroforme empêchent la coagulation du lait.

Le lab exerce son influence uniquement sur la caséine du lait et non point sur les autres albuminoïdes d'origine animale ou végétale.

ED. RETTERER.

L. CAMUS et L. GLEY. Influence de la température et de la dilution sur l'activité de la présure (*Arch. de physiol.*, *IX*, *p. 810*).

La présure n'est détruite ni à 100° (à l'état sec), ni à 0°; elle agit à des températures inférieures à 15°. L'acide, aux basses températures, est nécessaire à la formation du précipité dans la masse du lait; ce précipité n'est pas dû à l'acide en tant qu'acide. Celui-ci ne joue pas non plus le rôle d'agent renforçant pour le ferment. La première phase de la caséification aurait lieu aussi bien, mais non la seconde, formation du précipité, caséification. L'eau distillée exerce, à certaines températures, une influence destructive sur la présure. DASTRE.

E.-S. LONDON. Sur l'action bactéricide du suc gastrique (*Arch. des sc. biol.*, *de St-Pétersbourg*, *V*, *p. 417*).

Le suc gastrique est, à l'égard des microbes, doué de propriétés toxiques dues à l'acide chlorhydrique, et de propriétés bactéricides qui se retrouvent dans ce même suc neutralisé ou légèrement alcalinisé.

Le suc gastrique d'un animal malade, même après neutralisation, n'est plus bactéricide. Il constitue même pour les microbes un milieu nutritif. Le suc gastrique normal, chauffé à 55° pendant 1 heure, se comporte tantôt comme un milieu nutritif, tantôt comme un milieu bactéricide, suivant qu'il se trouble ou non par le chauffage. E. MOSNY.

VOIT. Untersuchungen über das Verhalten..... (Recherches sur la façon de se comporter de diverses sortes de sucre, dans l'organisme humain, après injections sous-cutanée) (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, *LVIII*, *p. 523*).

Il est, pour l'oxydation du sucre dans l'organisme, très important de distinguer celui qui a été ingéré per os, et celui qui a été injecté sous la peau. Injecté sur la peau le sucre est, comme dans l'ingestion per os, pris peu à peu dans la circulation; mais, n'ayant pas été soumis à la digestion, il arrive inaltéré aux cellules. On peut, sans danger, injecter sous la peau de l'homme des quantités considérables de solution de sucre et par là dans les cas urgents soutenir considérablement l'alimentation. Sur 16 espèces de sucre expérimentés par Voit, l'auteur a constaté, que les hexoses, sucres susceptibles de fermentation alcoolique (sucre de raisin, de fruit, de lait), ingérés soit par la bouche, soit par voie sous-cutanée, sont brûlés complètement dans l'organisme; mais la sorbinose, résistant à la levûre, de même que les pentoses (sucres à 5 atomes de carbone), n'est utilisable que partiellement.

Parmi les disaccharides le sucre de canne, qui par la bouche est complètement brûlé, s'il est injecté sous la peau, est excrété en nature par les reins. Ce que Voit explique en admettant que le sucre de canne doit, pour être utilisé, subir dans l'instestin grêle, une fermentation hydrolitique.

Parmi les polysaccharides, le glycogène s'est montré entièrement utilisable; les produits de l'amidon (amylodextrine, etc.) ont été en plus ou moins grande partie excrétés par l'urine. C. LUZET.

L. BECCARI. Le fer de la bile dans l'inanition (*Arch. ital. de biol.. XXVIII, p. 206*).

Le fer s'élimine par l'intestin. C'est la bile qui surtout l'y amènerait, d'après Lehmann, Falck, Marcet, Mayer, Drett, Kunkel et Novi. Au contraire, la bile n'en contiendrait que peu (Hamburger, Bunge, Bucheim et Meyer, Gottlieb, Dastre) et ce seraient les leucocytes qui amèneraient ce métal directement à la muqueuse intestinale. La sécrétion biliaire se continue pendant l'inanition ; la quantité diminue : l'azote et le soufre y diminuent moins vite que la quantité.

Le fer s'élimine encore, mais en proportion variable. Il semble indépendant de la formation totale de la bile. Son élimination persistante exclut la source alimentaire : le fer éliminé vient du foie ou du sang. Or, après une inanition prolongée, la quantité d'hémoglobine n'est presque pas diminuée ; le sang lui-même n'éprouve pas de grandes variations ; l'hémoglobine semble s'épargner ; les échanges gazeux se maintiennent constants après une certaine baisse initiale. Le fer des autres organes passe probablement dans le sang. D'autre part, on a trouvé une augmentation du fer du foie dans un cas d'inanition. DASTRE.

GLUZINSKI. Nouvelle réaction des pigments biliaires (*Przeglad lekarski, 25 déc. 1897*).

Si l'on ajoute à la bile un peu de formol, la couleur reste d'abord sans changement, mais devient verdâtre au bout de 24 heures; par l'ébullition pendant quelques minutes, on obtient une belle coloration vert d'émeraude qui, après l'addition de quelques gouttes d'un acide minéral (acide chlorhydrique), devient violette améthyste. Si l'on ajoute alors du chloroforme, celui-ci tombe au fond du tube d'essai avec une coloration verte, tandis que le liquide au-dessus de cette couche conserve la coloration violette d'améthyste. Toutes les matières colorantes de la bile (biliverbine, biliverdine, bilifuscine, biliphéine) donnent cette réaction. Cette réaction, appliquée à l'urine des ictériques, se montre bien plus sensible que la réaction de Gmélin, car elle décèle les pigments biliaires dans l'urine à la dilution au 140e, alors que la réaction de Gmélin disparaît déjà dans l'urine délayée au 10e. H. FRENKEL.

E. WERTHEIMER et L. LEPAGE. Sur les voies d'absorption des pigments dans le foie (*Arch. de physiol., IX, p. 363*).

La bile de l'ictère de cause mécanique serait résorbée par les lymphatiques (Fleischl, 1874) et le canal thoracique, non par les vaisseaux sanguins. Si le canal thoracique est obstrué, la bile ne passe pas pour cela dans le sang. Kufferath (1880) et V. Harley ont confirmé cette doctrine. Les auteurs prétendent, au contraire, que les vaisseaux sanguins prennent normalement une part très active à la résorption des pigments biliaires. Ils établissent une fistule du canal thoracique ; on fait résorber par un lobe hépatique de la bile de mouton ou de bœuf facile à reconnaître à leur spectre, et l'on recherche ce spectre dans les autres lobes, où la bile étrangère ne peut être portée qu'à la suite d'une absorption sanguine. La pression de la bile est de 20 à 25 centimètres d'une colonne de bile ; quelquefois de 29 à 31, et dans l'effort de 40 à 45 centimètres. Les auteurs emploient la pression de 30 centimètres en moyenne pour faire pénétrer la bile étrangère dans le premier canal hépatique droit ; ils recueillent la bile du premier canal hépatique gauche.

La cholo-hématine à quatre bandes qui n'existe pas au début (Gamgee) dans la bile fraîche du mouton ou du veau s'y développe au bout de quelque temps. C'est elle que l'on injecte dans le canal droit et que l'on retrouve bientôt dans le canal gauche. Le passage ne se fait point directement par quelque voie inconnue, car, *post-mortem*, le sulfoindigotate de soude injecté sous pression supérieure ne passe point du lobe droit au lobe gauche. Pendant la vie, au contraire, il passe comme la bile étrangère de l'un à l'autre par absorption vasculaire. Ce pigment bleu injecté dans les voies biliaires (Heidenhain) colore les tissus en bleu ; l'urine se colore en bleu quelques minutes avant la lymphe thoracique, preuve que le pigment a été absorbé par le sang, bien plus que par la lymphe. L'importance des lymphatiques du foie dans l'absorption a été exagérée. DASTRE.

P. MALERBA. Du soufre protéique dans l'organisme (*Arch. ital. de biol., XXVII, p. 221, et R. C. Accad. d. Sc. di Napoli, 2 fév. 1897*).

Le soufre de l'albumine est en partie stable et labile ; celui de la caséine est tout entier stable. On nourrit un chien alternativement pendant 10 jours avec une ration équivalente au point de vue thermique, mais où l'albumine dans un cas et la caséine de l'autre apportent la même quantité de soufre total. On analyse les urines au point de vue du soufre total et du soufre oxydé à l'état de sulfate et d'acides sulfo-conjugués. La différence du soufre total et du soufre oxydé donne le soufre neutre. L'expérience montre que 90 0/0 du soufre introduit est éliminé, et que, dans le cas de la caséine, le tiers est émis à l'état neutre. C'est la même proportion pour l'albumine d'œuf bien que ces deux substances soient très différentes quant aux quantités de soufre stable et labile. L'auteur conclut que le soufre labile est oxydé dans l'organisme et que le soufre non oxydé provient du soufre stable. DASTRE.

BOTTAZZI et DUCCESCHI. Le sostanze proteiche del miocardio (*Il Morgagni, p. 596, sept. 1897*).

L'extrait aqueux de myocarde contient des quantités considérables d'albumine et d'une globuline différente du paromyosigène et du myosigène. Cette globuline et cette albumine se rapprochent de la cyto-globuline et de la cyto-albumine des extraits aqueux d'organes principalement cellulaires et établissent une différence entre la constitution du cœur et celle des muscles volontaires. L'existence d'une nucléo-protéide en quantité relativement abondante résout la question de la présence des protéides dans le tissu musculaire; il n'y a pas de raison, d'ailleurs, pour que le cœur en soit dépourvu; la nucléo-protéide existe dans le tissu musculaire en raison directe de la structure cellulaire du tissu et en raison inverse de la quantité de substance anisotrope; dans le cœur, on trouve la nucléo-protéide en plus grande abondance dans les auricules, où prédominent les cellules à type embryonnaire et peu développées, que dans les ventricules. G. THIBIERGE.

A. GOTTHEINER. Die Harngifte und die Urämie (Les poisons de l'urine et l'urémie) (*Zeitschr. f klin. Med., XXXIII, p. 315*).

Gottheiner discute la théorie des poisons urinaires. Il montre (en grande partie d'après les travaux de Lecorché et Talamon) que cette théorie est peu compatible avec les faits cliniques d'anurie absolue persistant sans accidents urémiques plusieurs jours. Ce n'est jamais la potasse seule qui produit l'urémie car on ne pourrait expliquer par elle ni le myosis, ni l'hypothermie, ni le coma précédant assez souvent les accidents convulsifs.

G. a recherché la richesse en acide lactique du sang normal et du sang urémique. Le chiffre est pour le premier 0,0087 pour mille, pour le second 0,0384. Cette augmentation est insuffisante pour expliquer la diminution en général très marquée de l'alcalinité du sang. Cette diminution doit dépendre de quelque autre acide. A. F. PLICQUE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

B. RONCALI. On the existence of blastomycetes in adeno-carcinomata and sarcomata, etc. (*Journ. of pathol. and bact., V, n° 1, p. 1, 1898*).

Les auteurs qui ont observé des parasites dans l'épithélioma et dans le sarcome, ont presque tous rattaché les formes qu'ils ont constatées à des parasites de nature animale. Selon R., il s'agit de blastomycètes dont les caractères sont les suivants. Sous leur forme jeune, ces cellules ont une

double ou une simple capsule réfringente qu'on peut retrouver encore dans la forme adulte. Le centre de la cellule est coloré souvent d'une manière plus intense que le reste du protoplasma. Celui-ci peut être uniformément coloré. L'acide oxalique ne détruit pas cette coloration.

Ces éléments se multiplient par bourgeonnement. Ils offrent une grande résistance à l'action de la potasse. A leur stade de dégénérescence, ils peuvent être confondus, dans les tumeurs, avec des cellules ou des noyaux altérés. On observe fréquemment des masses vitreuses, mal colorées, arrondies, ovoïdes ou en forme de croissant, résultant de la dégénérescence des blastomycètes. H. VINCENT.

J. PAVIOT et L. BÉRARD. Du cancer musculaire lisse en général, et de celui de l'utérus en particulier (*Arch. de méd exp., IX, n*os *4 et 5, p. 316 et 954*).

S'appuyant sur l'examen histologique de 6 cas de fibromyomes kystiques de l'utérus, les auteurs affirment qu'ils ne s'agit pas là de sarcomes mais bien de cancer musculaire lisse. Les prétendues cellules sarcomateuses ne seraient que des cellules musculaires encore trop éloignées du type adulte de la fibre lisse pour qu'on puisse aisément les caractériser, à moins de rechercher les diverses étapes de leur transformation ; l'observation minutieuse démontre qu'elles évoluent fatalement vers la cellule musculaire lisse. P. et B. n'ont dans aucun cas observé le point de départ de ces sarcomes dans l'endothélium des vaisseaux bien que cette origine soit admise par Pilliet et la plupart des auteurs; d'après eux leur origine musculaire est seule capable d'expliquer tous les faits. Les zones myxoïdes kystiques ne seraient pas l'indice d'une dégénérescence, mais au contraire des points d'accroissement de la tumeur, car c'est là qu'ils ont constaté les cellules les plus petites et les plus embryonnaires de la tumeur. On peut objecter cependant qu'on constate à l'autopsie de vieilles femmes des zones myxoïdes analogues dans des fibromes nettement en voie de régression.

Les auteurs donnent encore comme cancer musculaire lisse un cas répondant au sarcome diffus de la muqueuse utérine et s'appuient pour justifier cette interprétation sur la constatation de fibres lisses adultes dans les points d'extension de la tumeur (ligament rond, ovaire) tout en reconnaissant « qu'au travers de ce voile de fibres musculaires lisses qui recouvre et pénètre tous les organes de l'excavation pelvienne chez la femme, il est malaisé de faire la part de ce qui revient aux fibres préexistantes et aux fibres résultant de l'évolution naturelle de ces cellules rondes. »

Comme exemple de récidive et de métastase de ces tumeurs, P. et B. rapportent des observations de Tripier, Condamin, Duplan et Langerhans ; car dans les cas dont ils ont fait l'examen histologique les signes cliniques caractéristiques du cancer, ont fait défaut : « L'évolution maligne, disent-ils, datait de quatre et cinq ans chez 2 malades au moment où elles réclamèrent une intervention ; et sur 4 opérées que nous avons revues au bout d'un an, 3 étaient indemnes de toute récidive locale où de métastase viscérale, et la 4e chez qui l'infiltration des ligaments larges ou du tissu cellulaire pelvien avait empêché l'ablation totale de la tumeur, avait retrouvé au bout de ce temps un excellent état général ;

le moignon néoplasique abandonné dans le petit bassin n'avait pas augmenté considérablement de volume. » Cette étude justifie-t-elle bien le néologisme de cancer musculaire lisse ? H. BOURGES.

J. URSIN. Rückenmarksbefunde bei Gehirntumoren (Lésions médullaires dans les tumeurs cérébrales) (*Deut. Zeitschr. f. Nervenh.*, *XI*, *p. 169*).

Travail fait dans le laboratoire de Anton. L'auteur rapporte trois cas personnels de tumeur cérébrale dans lesquels la coloration de Marchi permit de trouver les traces de lésions médullaires. Ces lésions consistent :

A. — Dans une affection intramédullaire primitive des cordons postérieurs, pouvant s'accompagner d'une altération pathologique des cellules glanglionnaires de la substance grise et aussi parfois d'autres faisceaux blancs.

B. — En outre de ces lésions intramédullaires, il peut exister des altérations des portions extramédullaires des racines postérieures produisant une dégénération secondaire ascendante qui vient se joindre aux altérations primitives signalées plus haut dans le cordon postérieur.

Les causes de ces lésions médullaires devraient être cherchées non pas dans une augmentation de pression, mais dans des processus d'intoxication et dans des troubles de nutrition. PIERRE MARIE.

HENNEBERG. Beitrag zur Kenntniss der Gliome (*Arch. f. Psychiat.*, *XXX*, *1*, *p. 205*

L'auteur relate un premier cas de gliome diffus de la portion frontale des hémisphères, qui a fait l'objet d'un examen histologique très minutieux. L'aspect histologique de la néoplasie était très variable. D'une façon générale la tumeur revêtait les caractères de la gliomatose typique. En d'autres endroits elle réalisait les caractères de la sarcomatose. Avec cela elle était parsemée de foyers de ramollissement. Les excavations qui occupaient certaines portions de la tumeur étaient tapissées par un revêtement épithélial uniforme, tantôt à une seule couche, tantôt à plusieurs couches, et dont les éléments étaient identiques à ceux de l'épithélium ventriculaire. Il s'agissait là de cavités closes, sans aucune communication avec les ventricules, et dont le mécanisme de formation serait le suivant, au dire de l'auteur. Des sortes de bourrelets venant à se former dans l'épendyme font saillie dans les ventricules. Entre deux bourrelets voisins se trouve un véritable vallon, qui s'allonge et se rétrécit au fur et à mesure que les bourrelets se développent. Ainsi se forme une sorte de boyau, avec un orifice d'entrée dont les lèvres finissent par s'accoler, et alors le boyau est transformé en une cavité close dont la face interne est tapissée par une dépendance de l'épithélium ventriculaire. Au fur et à mesure que la néoplasie se développe, ces cavités closes s'éloignent de plus en plus des ventricules.

La seconde observation concerne un cas de gliome de la protubérance et du bulbe rachidien, avec dégénérescence gliomateuse de l'hémisphère cérébilleux gauche.

L'auteur a longuement examiné le point de savoir jusqu'à quel point il est admissible que des néoplasies sarcomateuses puissent se développer aux dépens de la névroglie. E. RICKLIN.

ALZHEINER. Die Colloïdentartung des Gehirns (La dégénérescence colloïde du cerveau) (*Arch. f. Psychiat., XXX, 1, p. 18*).

Par dégénération colloïde des vaisseaux cérébraux, l'auteur entend une altération vasculaire qui aboutit à la formation, au sein du tissu cérébral, d'îlots plus ou moins vastes, dans l'épaisseur desquels les vaisseaux ont des parois notamment élargies, transformées en une substance vitreuse homogène. Au voisinage des vaisseaux se voient des amas de cette même substance. Celle-ci peut donner indifféremment les réactions de la substance hyaline, de la mucine, de la substance amyloïde; peu importe. L'essentiel est de distinguer la dégénération colloïde, ainsi définie, de la dégénération scléro-hyaline, qu'on rencontre dans tous les processus atrophiques du cerveau, notamment dans la démence sénile et dans la paralysie générale, qui affecte surtout le caractère diffus, et dans laquelle le processus scléreux l'emporte sur l'infiltration colloïde.

L'auteur relate deux observations de dégénération colloïde proprement dite du cerveau, qui sont remarquables par l'énorme extension des altérations. En outre l'un d'eux a évolué sous les traits d'une tumeur cérébrale : stase papillaire; hémiplégie gauche; manifestations convulsives, limitées, à peu de choses près, à ce même côté gauche, prédominantes dans le territoire innervé par le facial; céphalalgie. On avait hésité entre le diagnostic de tumeur de la zone motrice, et celui de tumeur de la capsule interne. A l'autopsie on a trouvé l'hémisphère droit considérablement augmenté de volume, pesant environ 100 grammes de plus que l'autre, parsemé d'un grand nombre d'îlots envahis par la dégénération colloïde; l'hémisphère gauche avait un aspect normal. A droite les ganglions centraux et le pédoncule cérébral étaient également envahis par des altérations semblables et par des foyers de ramollissement. Mais il n'a pas été possible d'en faire un examen en règle, vu le mauvais état de conservation des pièces. Dans ces conditions il était difficile de décider si la paralysie avait été d'origine corticale ou d'origine médullaire, si les convulsions avaient été en rapport avec les lésions de l'écorce ou avec les lésions des ganglions centraux. L'examen de l'hémisphère gauche a fourni la preuve irrécusable de l'absence des lésions de la paralysie générale. Or, il s'agissait d'un sujet mort à l'âge de 28 ans. A ce propos l'auteur rappelle que la plupart des exemples de dégénération colloïde du cerveau, publiés jusqu'à ce jour, concernaient des paralytiques généraux ou des viellards. Il importe d'ajouter que chez les malades en question on a constaté une artério-sclérose très prononcée des vaisseaux cérébraux.

Les constatations faites par l'auteur viennent à l'appui de l'opinion suivant laquelle la substance colloïde n'est incluse que pour une part minime dans les cellules mêmes. La plus grande quantité représente un dépôt formé par les sucs interstitiels. La topographie des îlots paraît être régie par l'organisation du système vasculaire.

Dans les deux cas qui ont fait l'objet des recherches de l'auteur, les réactions de la substance colloïde ont été les suivantes :

A l'état frais, cette substance s'est dissoute dans l'eau bouillante. Après durcissement dans le bichromate de potasse et après addition d'une petite quantié de lessive de potasse, elle se laissait colorer fortement par le carmin, par l'éosine. Traitée par le réactif colorant de Gréson, elle prenait une teinte d'un rouge brillant, et avec le réactif de Rozin, une teinte couleur de chair. Après un séjour prolongé dans une solution concentrée de bichromate de potasse, elle prenait une teinte d'un brun noirâtre. Elle se colorait en majeure partie d'une façon très intense, quand on la traitait par le procédé de Weigert.

Ainsi que l'avait déjà constaté Holschewnikoff, elle se partage alors en une portion qui s'imprègne de matière colorante et en une portion qui reste incolore. Cette dernière paraît être constituée par les dépôts les plus anciens. Enfin, une minime partie présentait les réactions de la matière amyloïde.

E. RICKLIN.

U. MOUNIER. Considérations sur les mycoses cérébrales (*Gaz. méd. de Nantes. n° 3, 27 nov. 1897*).

A propos d'un cas d'abcès du cerveau, M... divise en deux groupes les collections suppurées de l'encéphale : abcès microbiens proprement dits et mycoses cérébrales dues à des champignons, avec ou sans symbiose bactérienne. Dans le cas de l'auteur, le pus de l'abcès examiné au microscope, cultivé et inoculé, a donné des cocci, plus des filaments longs, ténus, enchevêtrés, présentant les caractères du champignon, du muguet (*Oïd. albicans*), en particulier la forme filamenteuse dans le bouillon et la forme en grains de levure sphérique dans les milieux nutritifs solides.

H. VINCENT.

LENOBLE. Contribution à l'étude des lésions médullaires dans l'anémie pernicieuse progressive protopathique et dans les anémies symptomatiques de l'adulte (*Rev. de méd., 10 juin 1897*).

Ce mémoire est basé sur une observation d'anémie pernicieuse protopathique, remontant à cinq mois chez un malade légèrement éthylique. Vers la fin de la vie il était survenu un tremblement léger des mains à oscillations menues, rapides et transversales, de l'exagération des réflexes rotuliens et un tremblement des membres inférieurs à l'occasion des mouvements voulus. Après examen microscopique de la moelle, l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

1° L'anémie pernicieuse progressive et les anémies symptomatiques graves de l'adulte sont susceptibles de s'accompagner d'altérations médullaires variant depuis l'hémorragie capillaire jusqu'aux foyers de sclérose étendus à la plus grande partie des faisceaux blancs ; la substance grise peut être plus ou moins profondément intéressée jusqu'à la disparition des différents groupes cellulaires ;

2° Les lésions peuvent ne donner lieu à aucun signe physique. Elles peuvent s'accompagner de symptômes traduisant l'irritation de la moelle ou même de véritables paralysies suivant l'étendue des lésions ou leur distribution ;

3° Ces altérations paraissent être surtout d'ordre mécanique ; le poison éventuel, cause de l'anémie pernicieuse progressive agissant avant tout sur les éléments formateurs des globules rouges, les hématoblastes. Dans les anémies symptomatiques, c'est par un mécanisme analogue qu'on peut les voir se produire : hémorragies consécutives à l'auto-intoxication cause du syndrome clinique.

C. GIRAUDEAU.

VOSS. Anat. und exper. Unters. über die Rückenmarksveränderungen bei Anämie (Recherches anat. et expér. sur les altérations de la moelle épinière dans l'anémie) (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, *LVIII*, *p. 489*).

L'auteur étudie quelques cas d'affections spinales dans l'anémie pernicieuse; puis il cherche à les reproduire en provoquant des anémies expérimentales sur des animaux. En employant divers poisons hématiques (comme la pyridine, etc.), il a réussi à provoquer chez le chien et le lapin des anémies artificielles et à conserver en vie, et anémiques, ces animaux pendant plusieurs semaines; mais il n'a pu constater chez ces animaux d'altérations médullaires typiques. On ne peut donc admettre que l'anémie à elle seule puisse produire des dégénérescence de la moelle, mais il est vraisemblable qu'une cause commune agit dans l'anémie pernicieuse, à la fois sur le sang et sur les cordons postérieurs. C. LUZET.

TREPINSKY. Die embryonalen Fasersysteme in den Hintersträngen und ihre Degeneration bei der Tabes dorsalis (Les systèmes embryonnaires de fibres dans les cordons postérieurs et leur dégénération dans les cas de tabes dorsal) (*Arch. f. Psychiat.*, *XXX*, *1*, *p. 54*).

En se basant sur les résultats des recherches qu'il a faites sur des moelles de fœtus dont la longueur variait de 24 à 47 centimètres et sur les moelles de quatre tabétiques, l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

Les cordons postérieurs comprennent indépendamment de la zone marginale de Lissauer, quatre systèmes embryonnaires de fibres nerveuses. Malgré que les fibres de ces quatre systèmes s'entremêlent en partie, on peut néanmoins déterminer d'une façon précise les territoires respectifs qu'ils occupent sur une section transversale de la moelle. Là où les cordons de Burdach et les cordons de Goll se délimitent suivant une ligne de démarcation précise, les quatre systèmes empiètent à la fois sur ces deux cordons. Les cordons de Goll se constituent à l'aide des mêmes systèmes embryonnaires de fibres que les cordons de Burdach; c'est dire qu'entre ces deux cordons il n'existe pas de différence au point de vue embryogénétique. D'après Trepinsky, cette manière de voir est facile à concilier avec l'opinion des anatomistes qui considèrent les cordons de Goll comme étant formés en majeure partie par des fibres qui proviennent des parties les plus inférieures de la moelle.

L'auteur a insisté sur ce que sa description des quatre systèmes embryonnaires constitutifs des cordons postérieurs ne cadre avec aucune de celles qui ont été données par d'autres auteurs et en particulier par Flechsig.

Dans les cas de tabes, la dégénération des cordons postérieurs peut intéresser les systèmes embryonnaires susdits en nombre variable, et sur des longueurs différentes. Ainsi s'expliquent les variations d'intensité et d'étendue, que présente la dégénération des cordons postérieurs d'un cas de tabes à l'autre. En partant de là, on pourrait distinguer différents types de processus tabétique, surtout s'il venait à être démontré que les manifestations cliniques sont adéquates des systèmes de fibres atteints par la dégénération. Une pareille supposition est rendue vraisemblable par le polymorphisme du tableau clinique du tabes.

L'auteur n'a pas encore terminé les recherches qu'il a entreprises pour s'éclairer sur la provenance des fibres des différents systèmes embryonnaires constitutifs des cordons postérieurs. Dans ces conditions, il lui est impossible de faire une réponse à la question de savoir si la dégénération tabétique intéresse exclusivement des systèmes qui tirent leurs fibres des racines postérieures. En admettant l'exactitude de l'opinion émise par Redlich, que la lésion tabétique des cordons postérieurs n'est qu'une dégénération des fibres radiculaires postérieures, dans leur trajet intra-spinal, ce serait la preuve que les racines postérieures comprennent dans leur masse différents systèmes de fibres.

Pour ce qui est de la topographie des systèmes embryonnaires constitutifs des cordons postérieurs, telle que la conçoit Trepinsky, il est impossible d'en donner une idée exacte sans le concours des figures annexées au travail de l'auteur. E. RICKLIN.

A. HOCHE. Ueber die bei Hirndruck in Rückenmarke auftretenden Veraenderungen (Sur les altérations de la moelle consécutives à une augmentation de la pression intra-cranienne) (*Deut. Zeitschr. für Nervenh.*, *XI*, *p. 420*).

Après avoir rappelé qu'un certain nombre d'auteurs ont publié des cas de tumeurs cérébrales dans lesquels existait une dégénération des cordons postérieurs de la moelle, Hoche rapporte trois cas du même genre. Il s'agit de pièces examinées par la méthode de Marchi. L'auteur y décrit et figure une très abondante quantité de granulations noires au niveau des racines postérieures, entrant avec celles-ci dans la moelle et se répandant dans les cordons postérieurs.

Pour Hoche ces granulations seraient l'indice d'une dégénération intra-vitam produite par l'augmentation de pression du liquide cérébro-spinal. Il fait remarquer l'intérêt que ces recherches pourraient avoir au point de vue de la pathologie médullaire, notamment au point de vue de certaines dégénérations de la moelle. PIERRE MARIE.

O. KAISER et H. KUECHENMEISTER. Ueber einen Fall von Syringomyelie (Sur un cas de syringomyélie (*Arch. f. Psychiat.*, *XXX*, 1, *p. 250*).

On a trouvé à l'autopsie une excavation irrégulière qui s'étendait depuis le bulbe rachidien jusqu'à la moelle sacrale. Jusqu'au renflement cervical cette excavation ne présentait nulle part de revêtement épithélial; sa paroi était irrégulière, déchiquetée, portant des traces manifestes d'hémorragies antécédentes. Jusqu'à ce même niveau, le canal central était conservé; il était séparé de l'excavation par une large bande de tissu.

A partir du renflement cervical et en descendant, le canal central avait fusionné avec l'excavation. Celle-ci, à partir de là, présentait une paroi lisse, tapissé par de l'épithélium. Elle atteignait sa plus grande largeur, dans le segment dorsal, et elle conservait le même diamètre (9^{mm},5) jusqu'à l'extrémité inférieure de ce segment. Dans la moelle lombaire le canal allait de nouveau en diminuant. A ce moment l'excavation s'ouvrait au dehors sous forme d'une fissure qui se poursuivait jusque dans la moelle sacrale; là, elle continuait dans le canal central.

D'après les auteurs, l'excavation, dans sa partie supérieure, aurait eu un point de départ hémorragique; du reste, le malade avait eu environ neuf

mois avant sa mort, un ictus apoplectique. Plus bas l'excavation se serait formée aux dépens du canal central dilaté.

K. et K. combattent ensuite la classification qui consiste à rattacher à l'hydromyélie toutes les formations cavitaires congénitales de la moelle, et à la syringomyélie, les excavations acquises. Toute distension hydropique du canal central, qu'elle soit congénitale ou acquise, est du ressort de l'hydromyélie ; dès que la substance médullaire participe elle-même à la formation cavitaire, par exemple dans un cas de désorganisation du tissu gliomateux, on a affaire à la syringomyélie. E. RICKLIN.

A. HOCHE. Beiträge zur Anatomie der Pyramidenbahn..... (Contribution à l'anatomie du faisceau pyramidal, de la couche médiane des fibres sensitives, avec considérations sur des faisceaux anormaux situés dans la protubérance et dans le bulbe rachidien) (*Arch. f. Psychiat.*, *XXX*, *1*, *p. 103*).

L'auteur a résumé les résultats de ses recherches cliniques et anatomo-pathologiques sous la forme des conclusions suivantes :

1° Le faisceau pyramidal, d'un côté, émet des fibres destinées, les unes au noyau du facial du côté opposé, les autres au noyau du facial du côté homonyme. Les premières émanent de la partie *médiane* de la pyramide, et s'entrecroisent au niveau du raphé. Les secondes s'échappent de la partie *latérale* de la pyramide ; pour gagner le noyau auquel elles sont destinées elles effectuent pour la plupart un trajet rectiligne, tandis que les autres contournent l'olive. Les fibres qui se rendent au noyau du côté opposé sont de beaucoup les plus nombreuses ;

2° Le faisceau pyramidal, d'un côté, émet des fibres destinées aux noyaux des deux nerfs hypoglosses ; elles gagnent ces noyaux à travers le raphé, à côté du raphé, quelques-unes aussi, par un parcours contourné, à travers les olives et la substance réticulaire.

Dans les cas de foyer cérébral unilatéral, on peut voir dégénérer un réseau de fibres commissurales qui relient les noyaux des deux hypoglosses.

3° Les noyaux du facial et de l'hypoglosse sont reliés à l'écorce grise par un système de fibres qui cheminent dans le pédoncule cérébral en dehors du faisceau pyramidal ; depuis les parties les plus supérieures de la surface protubérantielle, jusqu'au niveau du noyau de l'hypoglosse, ces fibres font partie constituante de la couche médiane des fibres sensitives (portion principale du ruban de Reil). Le système qu'elles constituent se confond avec le « ruban de Reil accessoire » de Bechterew, avec les « faisceaux protubérantiels latéraux » de Schlesinger. On pourrait lui donner le nom de portion motrice du ruban de Reil. Le lieu d'origine de ces fibres, dans l'écorce, n'est pas encore connu d'une façon précise ;

4° On peut observer une paralysie du facial et de l'hypoglosse, d'origine cérébrale, sans lésion du faisceau de Spitzka et avec intégrité des territoires médians du pied du pédoncule cérébral.

Chaque faisceau pyramidal direct envoie des fibres dans les deux cornes antérieures.

5° Dans les cas de foyer de ramollissement de l'un des hémisphères avec dégénération descendante consécutive du faisceau pyramidal, on

trouve également un certain nombre de fibres dégénérées dans le faisceau pyramidal croisé, situé du même côté que le foyer ;

6° L'anomalie du faisceau de Pick s'explique si on admet une décussation partielle de fibres pyramidales, s'effectuant au voisinage de la limite commune de la protubérance et du bulbe rachidien, ces mêmes fibres raliant ensuite le faisceau pyramidal au-dessous de l'entre-croisement normal des pyramides.

E. RICKLIN.

G. VASSALE. Différence anatomo-pathologique entre les dégénérescences systématiques primaires et secondaires de la moelle épinière (*Arch. ital. de biol., XXVII, p. 129, et Riv. sper. di freniat., XXII, 4*).

La dégénérescence systématisée secondaire de la moelle est due à une cause anatomo-pathologique, lésion de foyer, qui intercepte la communication des différents faisceaux de fibres avec les centres trophiques, ou qui détruit ces derniers, comme la dégénérescence wallérienne des nerfs périphériques. La dégénérescence systématisée primaire a au contraire une origine toxique (poisons endogènes et exogènes) plomb, alcool, arsenic, absinthe, érythème de la pellagre, infection puerpérale, scarlatine, leucémie, diabète, etc. L'auteur croit que le processus histologique aussi est différent. Dans la dégénérescence secondaire, il y aurait destruction de la graisse myélinique et du cylindraxe ; dans la dégénérescence primaire, atrophie lente portant surtout sur la gaine myélinique. Ces vues seraient actuellement confirmées. Les dégénérescences systématiques primaires devraient être appelées atrophies systématiques. La méthode de Marchi y donne des résultats négatifs.

DASTRE.

J.-N. LANGLEY. On the regeneration of preganglionic and of postganglionic visceral nerve fibres (*The Journ. of phys., XXII, p. 215*).

La régénération des fibres préganglionnaires se fait par des terminaisons nouvelles en connexion avec les cellules nerveuses. Dans presque tous les cas, par exemple pour le cervical symphatique, les fibres nouvelles entrent en connexion avec les mêmes cellules avec lesquelles elles étaient primitivement en rapport. Mais exceptionnellement, l'inverse peut arriver ; et, par exemple, des filets dilatateurs de la pupille peuvent s'unir à des cellules qui envoient leurs axones à des muscles érecteurs des poils. Quant aux fibres post-ganglionnaires elles peuvent, elles aussi, à l'occasion, envoyer leurs terminaisons dans d'autres tissus que les tissus habituels, par exemple des filets pilo-moteurs pourront envoyer leurs terminaisons nerveuses dans l'iris et devenir filets dilatateurs pupillaires. La majorité des fibres du cordon cervical a pu se régénérer en 24 jours.

DASTRE.

A. MEYER. Anatomical findings in a case of facial paralysis, etc. (*The Journ. of exper. med., II, n° 6, p. 607, 1897*).

Cas de paralysie faciale gauche, rhumatismale, survenu 10 jours avant sa mort, chez un homme de 42 ans, atteint de paralysie générale. L'examen microscopique de la moelle allongée ne révèle aucune lésion à droite. A gau-

che, les coupes colorées par le Nissl montrent une infiltration abondante de cellules de névroglie au niveau des deux noyaux, antérieur et postérieur de l'auditif. Altération des cellules nucléaires de ce nerf (diminution des grosses granulations, rétraction du corps cellulaire, atrophie du noyau). A noter l'intégrité du noyau de Deiters.

Le noyau du facial gauche était très altéré : gonflement de ses cellules, diminution de volume de leurs granulations, dislocation et dégénérescence du noyau, état vacuolaire du nucléole.

Dans le rocher, nombreux foyers hémorragiques, infiltration de cellules rondes ayant comprimé les deux nerfs auditif et facial et le ganglion ; la marche du processus a été la suivante : infiltration hémorragique du périoste de l'aqueduc, compression des deux nerfs facial et auditif, puis, 10 jours après, dégénérescence des noyaux bulbaires correspondants.

L'intégrité du noyau facial, à droite, démontre qu'il n'y a pas, à ce niveau, entrecroisement du facial. Cette observation démontre encore, contrairement à l'opinion de Betcherew, l'indépendance relative du noyau de Deiters et du noyau de l'auditif. H. VINCENT.

FUERSTNER. Ueber multiple Sklerose und Paralysis agitans (*Arch. f. Psychiat., XXX, 1, p. 1*).

Dans une récente publication, Redlich a soutenu que la paralysie agitante a pour substratum anatomo-pathologique des altérations spinales, caractérisées par une péri et une endartérite, avec extension du processus inflammatoire à la névroglie, les altérations atteignant leur plus grande intensité dans les cordons postérieurs et les faisceaux pyramidaux. Fuerstner conteste l'exactitude de ces assertions. Pour lui la paralysie agitante n'a rien à voir avec des altérations spinales. Il invoque comme preuve le cas d'une femme qui réalisait un exemple très net de paralysie agitante, avec cette particularité que les symptômes prédominaient dans le côté gauche. Pour qui adopte la manière de voir de Redlich, il fallait s'attendre à trouver les altérations susdites de la moelle, prédominant dans la moitié gauche du nevraxe. Or, la femme en question a succombé, et l'examen histologique de sa moelle n'a donné que des résultats négatifs.

Un autre point, examiné par Fürstner, est relatif à la question de savoir s'il existe, dans la moelle des vieillards, des altérations qui sont sous la dépendance exclusive de la sénilité. L'examen histologique de la moelle d'une femme morte à l'âge de 73 ans, et qui de son vivant n'avait pas présenté de troubles nerveux appréciables, n'a également donné que des résultats négatifs.

Par contre, chez une femme morte à l'âge de 73 ans, et chez un homme mort à 74 ans, qui de leur vivant avaient présenté un ensemble de symptômes très différent du tableau clinique de la paralysie agitante, l'examen histologique de la moelle a révélé l'existence des altérations dont Redlich a fait le substratum de cette maladie.

Enfin Fürstner a eu l'occasion d'examiner la moelle d'une femme morte à l'âge de 35 ans, après avoir présenté depuis neuf mois seulement un ensemble de symptômes qui imposait le diagnostic de sclérose en plaques. L'autopsie a confirmé l'exactitude de ce diagnostic. Fürstner insiste sur ce que, dans ce cas, on a trouvé dans l'encéphale des plaques de sclérose

qui, eu égard à leurs caractères histologiques, ressemblaient absolument à celles qu'on trouve dans des cas où la maladie embrassait une durée très longue.

Il faut donc admettre, ou bien que les plaques de sclérose acquièrent ces caractères en très peu de temps, ou qu'elles peuvent subsister pendant des années, sans donner lieu à des manifestations cliniques. A noter que le malade en question n'avait présenté, de son vivant, ni parésie, ni rigidité des membres inférieurs, mais simplement de l'exagération des réflexes; or, la moelle a été trouvée, à très peu de chose près, normale.

Fürstner a résumé dans les termes suivants ses vues concernant la pathogénie et l'anatomie pathologique de la sclérose en plaques :

Il existe certaines particularités de la substance nerveuse, qui constituent une prédisposition à la maladie et qui la font éclore avec le concours de diverses influences occasionnelles, parmi lesquelles le traumatisme joue un rôle important. Ainsi se développe une dégénération primitive des gaines de myéline. Simultanément, ou très peu de temps après, se produisent les altérations vasculaires, puis seulement une prolifération de la névroglie. Les cylindres-axes restent intacts jusqu'au bout. Il ne saurait être question de l'intervention d'un processus inflammatoire; la disposition symétrique d'un grand nombre de plaques, l'absence de cellules pariétales dans le tissu parlent contre cette hypothèse.

Les altérations de la région des noyaux bulbo-protubérantiels prennent une part prépondérante à la constitution de la maladie.

Ajoutons que, d'accord avec Strümpell, Fürstner considère le tremblement dit intentionnel comme une simple modalité de l'ataxie.

E. RICKLIN.

CHIARI. Ueber die Netzbildungen..... (Des formations réticulaires dans l'oreillette droite du cœur) (*Ziegler's Beitr. zur path. Anat., XXII, p. 1, 1897*).

L'auteur décrit une particularité anatomique fréquente du cœur, qui n'avait pas encore attiré l'attention. Ce réticulum variable dans ses conditions anatomiques, dans un des cas les plus typiques de l'auteur, s'insérait par 3 filaments à la face antérieure de la valvule d'Eustachi portant aussi des réticules et par un filament un tubercule de Lower, à 6 millimètres au-dessous de la crête terminale. Ces réticules, qui peuvent être très développés, encombrent l'orifice de la veine cave inférieure, et peuvent être l'origine de thrombus. L'auteur les considère comme des restes de la valvule veineuse du septum spurium, anormaux, et représentés seulement par des filaments. Les différentes formes observées sont seulement des variations d'une seule et même anomalie de structure.

C. LUZET.

DMITRIJEFF. Die Veränderung des elastischen Gewebes..... (L'altération du tissu élastique dans les parois artérielles au cours de l'artériosclérose) (*Ziegler's Beitr. zur path. Anat., XXII, p. 207, 1897*).

Dans l'artériosclérose, il se fait à la fois une disparition et une néoformation de tissu élastique. La dégénérescence du tissu élastique com-

mence dans la tunique moyenne, a lieu dès le début du processus. Elle n'est sensible au début que par l'altération des propriétés chimiques du tissu élastique qui manifeste une affinité pour les colorants basiques. Plus tard il y a destruction du réseau intermédiaire, et enfin amincissement et destruction moléculaire des lamelles. Le début de ces altérations microchimiques et anatomiques se fait dans les parties internes de la tunique moyenne et de là s'étend aux couches plus externes. La néoformation de tissu élastique a son siège dans la tunique interne et se voit aussi bien dans l'épaississement diffus, que dans l'épaississement en foyer de cette membrane. Le tissu conjonctif des points épaissis ne peut contenir au milieu des lamelles néoformées que des fibrilles élastiques réticulées ou entremêlées. La néoformation de tissu élastique dans la tunique interne est caractéristique de l'artériosclérose. Le tissu-élastique néoformé est, comme le tissu conjonctif nouveau, peu résistant et se détruit par suite de la dégénérescence athéromateuse. La nécrose peut atteindre la tunique moyenne L'inflammation et les proliférations conjonctives, qui, au cours de l'artériosclérose, gagnent l'adventice et la tunique moyenne, amènent également la destruction de tissu élastique.

C. LUZET.

C. DU PASQUIER. Considérations relatives à l'histoire pathogénique des myocardites chroniques (*Revue de méd., nov. 1897*).

Aux théories pathogéniques des myocardites chroniques basées sur les lésions des artères et artérioles coronaires, du Pasquier oppose une théorie veineuse. Il remplace les myocardites attribuées à l'ischémie artérielle par les myocardites dues à la stase veineuse.

Déjà Huchard et plusieurs de ses élèves avaient décrit un cœur cardiaque comme il y a un foie, un rein cardiaque, etc. Du Pasquier croit que l'influence du trouble circulatoire dans le domaine des veines coronaires est beaucoup plus considérable que celles des lésions artérielles pour expliquer le développement de la sclérose cardiaque, tout particulièrement dans les cas où les artères coronaires sont athéromateuses ainsi que l'origine de l'aorte.

L'enchaînement des faits anatomiques serait le suivant. Premièrement stase, distension des capillaires veineux, infiltration de lymphe dans le tissu cellulaire et entre les cellules musculaires, diapédèse des globules blancs et rouges, pigmentation et vascularisation de certains départements du myocarde, *sclérose molle*. Puis, apparition et édification d'un tissu conjonctif jeune et grande abondance de cellules ; enfin, organisation de la charpente fibreuse, dure, peu vasculaire, où les vaisseaux subissent des altérations régressives, *sclérose dure*. Dans l'un et l'autre cas, dissociation et disparition des cellules musculaires du cœur par hyperplasie conjonctive.

C. GIRAUDEAU.

BURGESS. Unruptured aneurysm of the left ventricle (*Dublin med. Journ., 1er fév. 1898*).

Femme de 80 ans arrivée à cet âge sans avoir jamais été malade. A l'autopsie on trouve le ventricule gauche hypertrophié ; sa cavité apparaît dou-

blée de volume ; cavité propre du ventricule plus celle de l'anévrisme. La cavité anévrismale était comblée par des caillots laminés ; sa paroi était uniquement composée de l'épi- et de l'endothélium. CART.

G. HAYEM. Les polyadénomes gastriques (*Presse méd.*, *4 août 1897*).

On a décrit deux variétés de polyadénomes gastriques :

1° Le polyadénome *polypeux* ou polype muqueux (Morgagni, Andral, Cruveilhier, Virchow, Lancereaux, etc.), constitué par de petites tumeurs, ne dépassant pas le volume de la lentille, du pois, de la noisette, pédiculées, molles, dont le nombre varie de 1 à 300 ou plus. Le microscope y montre des glandes hypertrophiées; les cellules sont prismatiques allongées, souvent remplies de boules de mucus ou caliciformes. En dehors de ces polypes, gastrite chronique.

2° Le polyadénome *en nappe*, étudié surtout par Ménétrier, résulte de l'accroissement des glandes qui peuvent avoir quatre ou cinq fois leur hauteur normale et se remplissent d'un épithélium embryonnaire. Souvent il envahit une étendue considérable de la muqueuse gastrique. Il a tous les caractères d'une lésion bénigne : les glandes hypertrophiées ne dépassent pas la limite formée par la *muscularis mucosæ*. Mais il peut aboutir au carcinome sans passer par la phase d'épithélioma typique.

Hayem a fréquemment vu un adénome en nappe très circonscrit, déterminé par les sinuosités et les divisions des culs-de-sac glandulaires; c'est le polyadénome nodulaire. Il se rencontre dans les gastrites chroniques parvenues à la phase de transformation muqueuse et, en conséquence, dans les estomacs cancéreux. Les productions cancéreuses avaient nettement pour point de départ, dans plusieurs cas, les glandes adénomateuses, mais on trouvait des productions analogues loin du cancer. D'ailleurs les adénomes circonscrits se rencontrent aussi sans néoplasme.

Hayem décrit une nouvelle variété : le polyadénome *à type brunnérien*, c'est-à-dire constitué exactement sur le type des glandes de Brunner. Il semble avoir pour point de départ les culs-de-sac glandulaires de la muqueuse, mais il ne tarde pas à perforer la *muscularis mucosæ* pour atteindre tout son développement dans la couche celluleuse sous-muqueuse. Il peut siéger en divers points de l'estomac. Quand il se forme contre la valvule pylorique, on peut admettre qu'il provienne d'une hypertrophie envahissante des glandes de Brunner; mais il peut se développer aussi bien dans la région du cardia, où d'ailleurs on trouve toujours quelques glandes du type pylorique.

Bien que n'ayant pas tendance à se généraliser, ce polyadénome est cependant doué d'une certaine malignité. Il a des rapports remarquables avec l'ulcère et aussi avec le cancer consécutif à l'ulcère. Dans le cas d'ulcère, il prend un tel développement qu'il amène d'un côté la régression de la muqueuse et de l'autre l'atrophie et la discontinuité de cette membrane. Après l'affleurement de la tumeur à la surface, l'ulcération se produit par auto-digestion et peut aboutir à la perforation absolument comme l'ulcère rond banal.

Dans l'un des deux cas sur lesquels Hayem a fondé sa description, l'ulcère s'étant transformé en cancer, on pouvait affirmer que l'adénome

existait avant la transformation cancéreuse : on a reconnu, en effet, des portions nettement adénomateuses sur divers points de la masse en voie de dégénérescence.

La gastrite parenchymateuse, pure ou mixte, qui est le terrain favorable au développement de l'ulcère rond, semble être également celui de la production de cette variété de tumeur, qui représente une sorte de néoplasie intermédiaire entre les hypertrophies glandulaires et les tumeurs dites malignes. L. GALLIARD.

KLIPPEL. Le pancréas infectieux (*Arch. gén. de méd., nov. 1897*).

Les recherches ont porté sur une série de cas de tuberculose, de fièvre typhoïde, de pneumonie infectieuse et de dysenterie; l'auteur admet deux variétés de lésions : 1° les infections avec sclérose, toujours accompagnées d'ailleurs de lésions glandulaires ; 2° les infections sans sclérose, portant presque exclusivement sur le parenchyme.

La sclérose peut être : 1° périlobulaire ; 2° intralobulaire, fragmentante; 3° acineuse, diffuse. Le parenchyme dans les deux dernières variétés peut présenter diverses espèces de lésions ; les tuméfactions trouble, granuleuse, la nécrose de coagulation, la destruction complète d'un certain nombre d'acini, l'évolution acineuse hypertrophique, enfin la désorientation complète des cellules qui remplissent les acini.

Les lésions parenchymateuses peuvent exister en dehors de toute sclérose présentant les mêmes variétés. Dans le cas de tuberculose, le système lymphatique sert à la propagation de l'agent infectieux, il s'altère le premier ; les lésions de la glande sont secondaires, souvent alors il s'atrophie. Les altérations du pancréas sont associées aux lésions d'autres viscères, sans que celles-ci revêtent forcément le même type de lésions. Klippel admet que le pancréas a sa part dans l'ensemble qui constitue l'urémie infectieuse. H. L.

BRUN et LETULLE. Lésions histologiques de l'appendicite (*Presse méd., 4 août 1897*).

En examinant les appendicites aiguës, on voit que l'infection grave, cause d'intervention chirurgicale, n'y est pour ainsi dire jamais primitive, mais toujours secondaire. L'appendicite aiguë ne représente qu'une complication de l'appendicite chronique. On peut dire qu'on n'assiste jamais à une première attaque d'appendicite.

Il faut insister sur la généralisation presque constante des lésions chroniques à la plus grande étendue de l'appendice. L'inflammation chronique, folliculaire, est diffuse, disséminée sur la totalité de l'appareil lymphoïde des couches internes; l'infection aiguë, au contraire, peut demeurer circonscrite en un point déterminé de l'appendice.

Dans tous les cas d'appendicite aiguë, on trouve la lymphangite interstitielle ; l'infection des parois est térébrante, d'autant plus rapide que les lésions chroniques étaient plus marquées.

Quatre observations de Brun et Letulle montrent toute la série des lésions, depuis les destructions nécrosantes suraiguës et totales des

parois évoluant à la façon des lymphangites gangréneuses jusqu'aux infections chroniques à répétition généralisées à la totalité des tuniques de l'appendice.

L. GALLIARD.

C. LAUENSTEIN. Ueber einen Befund von « Leydenia gemmipara Schandinn » (*Deutsche med. Woch., p. 733, 11 nov. 1897*).

Malade de 51 ans, morte d'ascite après une série de 9 ponctions très rapprochées. On trouva, à l'autopsie, l'épiploon transformé en une tumeur formée d'innombrables noyaux de la grosseur d'une noix ; le péritoine pariétal et viscéral présentait aussi de nombreux noyaux. Dans le liquide fourni par les deux dernières ponctions, on retrouve les amibes décrits par Leyden sous le nom de Leydenie gemmipare. Ces amibes dont le volume est de 2 à 10 fois celui des globules rouges, présentaient des mouvements plus ou moins vifs suivant la température.

Dans une pièce chaude, on les voyait changer de forme 8 à 9 fois en trois minutes, tandis que dans une pièce froide une dizaine de changements se produisaient dans une demi-heure. Un certain nombre rappelait l'aspect des plasmodies, beaucoup se présentaient avec des prolongements (pseudopodes) ; deux exemplaires étaient en voie de scissiparité, ils renfermaient des corpuscules brillants se groupant de manières très variées, quelques-uns présentaient des vacuoles.

Les pseudopodes rappelaient parfois la forme d'une tête d'oiseau, on les retrouvait aussi à l'état libre dans le liquide. Quelques amibes avaient des noyaux très distincts, d'autres point. Toute tentative de coloration a échoué.

H. DE BRINON.

Paul COURMONT et L. TIXIER. Sur une arthrite tuberculeuse hémorragique causée chez l'homme par un streptocoque différent du bacille de Koch (*Lyon méd., 26 déc. 1897*).

Homme de 51 ans. Apparition rapide, à la suite d'une chute sur le coude, d'une tumeur blanche à allures torpides, mais grave, nécessitant l'amputation six mois plus tard. Aucune tare tuberculeuse chez le malade.

A l'examen de l'articulation, pas de lésions osseuses ; la synoviale seule présentait des tubercules typiques. Mais l'examen du liquide hémorragique de l'articulation. des coupes de la synoviale ne révèle aucun bacille de Koch.

Cependant, l'inoculation au cobaye avait produit une tuberculose à marche rapide mais particulière. A défaut de bacilles de Koch, on trouvait un streptobacille spécial, dont l'inoculation provoquait des lésions tuberculeuses analogues aux lésions humaines originaires.

Il s'agit donc là d'une forme atypique de tuberculose et les auteurs y voient la preuve qu'on peut rencontrer chez l'homme, comme cela se voit chez les animaux, des tuberculoses dont l'agent pathogène est différent du bacille de Koch.

A. CARTAZ.

J. ALBARRAN et Léon BERNARD. Sur un cas de tumeur épithéliale due à la « bilharzia hœmatobia » (*Arch. de méd. exp., IX, p. 1096*).

Il s'agit de la vessie d'un malade mort de bilharziose. Sa cavité, très rétrécie, était parsemée de larges saillies mamelonnées, formant au niveau du bas-fond une vraie tumeur. Il y avait un épaississement considérable de la

couche périvésicale, de la musculeuse et surtout de la muqueuse. L'épithélium vésical avait abondamment proliféré sous forme papillaire sur la plupart des points, mais aussi sous forme d'épithélioma lobulé véritable dans les points où l'épaississement prenait l'aspect d'une tumeur; on voyait là l'épithélium pénétrer jusque dans le sein de la couche musculaire. Quelques masses épithéliales profondes aboutissaient à la formation de petits kystes. La sous-muqueuse était remplie d'œufs de bilharzia qui pénétraient jusque dans l'axe conjonctif des formations papillaires.

Cette prolifération épithéliale existant dans toute l'étendue de la muqueuse vésicale, exclut l'idée d'un néoplasme banal de la vessie. Elle paraît bien en rapport avec la présence des œufs de bilharzia.

Ce serait, dans cette hypothèse, un fait démontrant que des parasites peuvent déterminer une néoformation du tissu épithélial et pouvant servir d'argument en faveur de la théorie parasitaire du cancer.

Les auteurs signalent encore des observations de Zancarol et Damaschino, de Belleli, Harrison, où était notée la coexistence de bilharziose et de tumeurs épithéliales de la vessie ou du rectum, et leur rapport probable de cause à effet. H. BOURGES.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

LÖWIT. Ueber die Beziehung der Leukocyten..... (Du rapport des leucocytes avec l'action bactéricide de la réaction alcaline du sang et de la lymphe) (*Ziegler's Beitr. z.path. Anat., XXII, p. 172, 1897*).

L'auteur constate tout d'abord que la ligature de l'aorte en aval des carotides fait baisser considérablement dans le sang le nombre des leucocytes, qui tombent au-dessous de 1,000 et quelquefois beaucoup plus bas. Dans le cas où leur nombre a baissé au-dessous de 800, l'action bactéricide du sang puisé aux carotides a été supprimée totalement ou bien a été de beaucoup diminuée; tandis que dans les cas où le nombre des leucocytes dépassait 1,000, cette action était à peine modifiée. Comme ce sont les leucocytes polynucléés, qui diminuent dans ces cas, l'auteur en conclut que c'est à cette variété qu'est due l'action bactéricide du sang. D'autre part, on constate que dans les cas où les leucocytes tombent au-dessous de 800, l'alcalinité du sang a beaucoup diminué. Le sérum de la lymphe se comporte d'une facon analogue à celui du sang. C. LUZET.

Ed. LONDON. De l'influence de certains agents pathologiques sur les propriétés bactéricides du sang. 2e communication : Des propriétés bactéricides du sang dans l'excitation douloureuse, dans l'inanition et dans les troubles respiratoires (*Arch. Sc. biol. de St-Pétersbourg, V, p. 197*).

L'excitation douloureuse du bout central du nerf sciatique, l'inanition

complète ou incomplète, les troubles respiratoires (asphyxie) déterminent une diminution ou une disparition du pouvoir bactéricide du sang. Le sang des animaux inanitiés récupère ses propriétés bactéricides lorsque, sous l'influence de l'alimentation, ils reviennent à leur poids primitif. E. MOSNY.

J. BOSC. Considérations sur le mécanisme de l'immunité (*Arch. de physiol., X, p. 72*).

Tous les agents vaccinants, toxines, antitoxines, bouillon, sérum, augmentent l'afflux des leucocytes, leur vitalité, leur capacité d'englobement pour les microbes; ils sont *excito-cellulaires*. En second lieu ils déterminent la production par les cellules stimulées de substances bactéricides et antitoxiques.

L'auteur admet que les substances anticoagulantes sont en même temps excito-cellulaires, antitoxiques et bactéricides, quelle que soit leur origine. Les anti-coagulants sont directs ou indirects. Les anti-coagulants indirects (peptones) subissent dans l'économie (foie) une transformation en directs. Le sang devenu incoagulable par l'action de la peptone devient anticoagulant sur du sang normal in vitro. Le foie aurait donc une fonction de générateur d'une substance anti-coagulante (f. apexigénique) qui est excito-cellulaire. Les anticoagulants n'ont pas d'action directe bactéricide. Dans les glandes à sécrétion colloïdale (thyroïde, pituitaire), celle-ci serait coagulante comme la nucléine et l'acide nucléinique, et capables comme ceux-ci de se combiner aux toxines et anti-toxines, propriétés que n'auraient pas les substances anticoagulantes. Les toxines et antitoxines acquerraient des propriétés anticoagulantes après passage dans le foie; elles y excitent la fonction apexigénique. Devenues toxalbumines, elles se combineraient avec les substances bactéricides normales et modifieraient la nutrition générale.

DASTRE.

HAHN. Immunisirung-und Heilversuche mit den Plasmatischen Zellsaften von Bacterien (*Münch. med. Woch., p. 1344, 30 nov. 1897*).

L'auteur a expérimenté d'abord le suc de vibrion cholérique; il constate que l'effet toxique local au point d'injection sur le cobaye est une inflammation, qui ne devient nécrosante qu'avec des doses très élevées. Il arrive très facilement à produire l'immunisation contre le vibrion cholérique. Les résultats ont été moins heureux avec le suc cellulaire de staphylocoques et de bacilles charbonneux. Il a préparé aussi une tuberpulo-plasmine dont les effets sur le cobaye tuberculeux ont été les suivants : Sur 23 animaux, 6 témoins meurent en 1 mois 1/2 à 4 mois. — Sur les 17 autres, 5 meurent en 2 à 3 mois 1/2, 3 meurent avant 1 mois 1/2; — 4 autres ont eu l'évolution de leur tuberculose ralentie; 5 restèrent en vie. Ce qui serait d'après l'auteur un résultat fort encourageant étant donnée la grande susceptibilité des cobayes, vis-à-vis de la tuberculose. C. LUZET.

A. CHARRIN. Action des sucs digestifs sur les poisons microbiens (*Arch. de phys., X, p. 67*).

Sur huit cobayes ayant reçu à dose mortelle de la toxine diphtérique modifiée par la pepsine, six ont survécu un mois, un sept jours, un autre quinze jours. L'acide chlorhydrique à 3 pour 100 laissé à l'étuve avec la toxine l'atténue légèrement. L'addition de sulfate de chaux, au contraire, préserve l'animal injecté avec la liqueur; le sulfate aurait fixé le poison.

DASTRE.

CHARRIN et BARDIER. Influence des toxines sur le cœur (*Arch. de physiol., IX, p. 554*).

On met à nu le cœur d'une grenouille ; on enregistre les mouvements au moyen du cardiographe direct de Marey. On injecte dans le péritoine des toxines diphtérique, pyocyanique de toxicité égale ou supérieure à 1 centimètre cube. Il y a d'abord accélération; puis ralentissement durant 60 minutes avec intermittences et arythmie. Le cœur reprend ensuite son rythme normal ou s'accélère. Le ralentissement cardiaque a été également observé sur le lapin six heures après ; de même des irrégularités du jeu des valvules. Les substances actives sont solubles dans l'alcool : elles n'existent ni dans les cadavres des microbes, ni dans le précipité alcoolique.

DASTRE.

J. TEISSIER et L. GUINARD. Recherches expérimentales sur les effets des toxines microbiennes (*Arch. de méd. exp., IX, p. 994 et 1049*).

Le rôle rétentif du foie vis-à-vis des poisons est constant ; il n'y a pas d'exception pour les toxines microbiennes. Cependant les expériences des auteurs ont démontré que chez le chien les effets de certaines toxines (malléine, toxine diphtérique, toxine du pneumo-bacillus liquefaciens bovis) ont une marche plus rapide et plus grave lorsqu'au lieu de les injecter par une veine périphérique on les introduit dans le système porte.

L'emploi de la pneumo-bacilline, qui produit des effets primitifs au moment de l'injection et des effets secondaires après une période d'incubation, permet d'établir que même dans ces cas le rôle rétentif du foie n'est pas aboli. Les auteurs expliquent cette aggravation des effets de ces toxines traversant le foie par une production plus rapide et plus abondante dans le tissu hépatique des poisons qui causent l'auto-intoxication.

Cette suractivité de certaines toxines due à leur passage à travers le foie ne se reproduit pas chez toutes les espèces animales ; on ne l'observe pas notamment chez le lapin.

Les expériences pratiquées chez le chien ont encore montré à Teissier et Guinard que l'abstinence et l'inanition retardent et atténuent les effets de la pneumo-bacilline et de la toxine diphtérique. Quand un animal, à jeun depuis plusieurs jours, est sous l'influence immédiate d'une injection de toxine microbienne, il est rapidement rendu malade par une administration de subtances nutritives (aliments, lait, glucose ou peptones). Cette constatation expérimentale est intéressante à rapprocher de

l'idée ancienne qui faisait admettre l'utilité de la diète dans les maladies infectieuses.

La pneumo-bacilline fraîchement préparée suffit à produire des lésions gastro-intestinales avec hémorragies abondantes, probablement à cause de son action vaso-dilatatrice, des lésions anatomiques des parois des capillaires et des modifications du sang qu'elle provoque.

Les lésions du « foie infectieux » peuvent résulter de l'action d'une toxine sans intervention microbienne directe, comme le démontrent les intoxications par la pneumo-bacilline et la toxine diphtérique. H. BOURGES

H. VAN DE VELDE. De la valeur de l'absorption sous-cutanée, chez le lapin, des substances antitoxiques et agglutinatives des sérums (*Arch. de physiol.*, *X*, *p. 51*).

1° La leucocidine serait un poison pour les globules blancs fabriqués par les staphylocoques pyogènes. Le sérum du cheval communique aux lapins un pouvoir antileucocidique considérable.

2° En injectant dans le sang la substance antileucocidique ou la substance agglutinante, on obtient immédiatement le maximum d'effet. Cet effet persiste quelques heures.

3° Injectées sous la peau, elles sont lentement absorbées en plusieurs heures ; de plus, la quantité absorbée est seulement la moitié ou le tiers de la substance introduite.

4° La voie péritonéale est plus facile ; elle se rapproche de la voie sanguine.

5° Les substances agglutinantes et antileucocidiques ne sont pas absorbées par les voies digestives.

6° Les lapins empoisonnés par la toxine diphtérique peuvent être sauvés par le sérum en faible quantité dans la veine ; mais non par des quantités considérables sous la peau. La supériorité de l'injection vasculaire sur l'injection sous-cutanée éclate ici. De plus, on constate le peu de durée de l'immunité passive ainsi constatée. DASTRE.

Elie METCHNIKOFF. Recherches sur l'influence de l'organisme sur les toxines (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, *X*, *p. 701*).

Les plantes inférieures comme les bactéries et les champignons peuvent détruire les toxines et les transformer en vaccins sans jamais produire d'antitoxines. Les invertébrés ne sont pas capables de produire l'antitoxine tétanique en quantité appréciable. La production des antitoxines débute dans la série animale chez les crocodiles où cette propriété est plus développée que chez les êtres plus élevés, comme les mammifères ; le pouvoir antitoxique ne peut pas être considéré comme lié à une réaction fébrile quelconque. La propriété antitoxique chez la poule réside dans le sang ; il n'est pas possible d'accepter cette idée que l'immunité naturelle dépend du pouvoir antitoxique. PAUL TISSIER.

C. MAGLIERI. Sull' azione tossica, immunizzante e battericida del siero di sangue di anguilla (*Ann. d'Ig. sperim., 1897 et Hyg. Rundsch., p. 672, 1er juill. 1897*).

La toxicité du sérum sanguin d'anguille, expérimenté par Maglieri, était telle que les lapins étaient tués par l'injection intraveineuse de 0,02 à 0,025 centimètre cube, par l'injection sous-cutanée de 0,4 à 0,45 et par l'injection intrapéritonéale de 0,2 à 0,25.

On peut conférer aux lapins l'immunité contre ce toxique, et leur sérum présente alors (surtout par le traitement intrapéritonéal) des propriétés antitoxiques considérables.

L'addition de tricrésol fait à la fois complètement perdre au sérum antitoxique ses propriétés antitoxiques et au sérum du sang d'anguilles ses propriétés vénéneuses.

On obtient une atténuation de la toxicité du sérum du sang d'anguille soit en l'abandonnant à lui-même pendant des semaines, soit en le plaçant 24 heures dans l'étuve à 37°. J. B.

C. WEHRMANN. Recherches sur les propriétés toxiques et antitoxiques du sang et de la bile des anguilles et des vipères (*Ann. de l'Inst. Pasteur XI, p. 810*).

Le sérum d'anguille tue un cobaye de moyenne taille à la dose de 0 c. c. 1 par injection intrapéritonéale. Il tue un lapin de 2 kilogrammes à la même dose par injection intraveineuse. Chauffé à 58° pendant 15 minutes, il perd la majeure partie de sa toxicité et agit exactement comme de faibles doses de sérum non chauffé, mais, dilué dans l'eau. Ce sérum chauffé produit la somnolence et parfois de l'hypothermie, mais les animaux qui en ont reçu se rétablissent au bout de 2 ou 3 heures. Même avant ce terme, ils ont acquis un certain degré d'immunité active contre le sérum d'anguille non chauffé et cette immunité persiste encore au bout de 3 jours. Le sérum d'anguille chauffé est encore préventif à l'égard du sérum de vipère, mais seulement à partir de 20 à 24 heures après l'injection. Il n'a d'action neutralisante et curative à l'égard d'aucun de ces trois poisons. Il n'est donc pas antitoxique. Le sérum d'anguille précipité par l'alcool et redissous dans l'eau ne présente pas de valeur curative (à la dose de 3 centimètres cubes) à l'égard des trois poisons en question. Les anguilles ne sont pas résistantes au venin des serpents. Une anguille de taille moyenne succombe à l'inoculation d'une dose de venin mortelle pour un cobaye. La toxicité du sang des anguilles est très atténuée par le sérum antivenimeux injecté à ces poissons 24 heures avant la saignée; le sérum anti venimeux est préventif et à plus fortes doses, neutralisant *in vitro*, et curatif à l'égard du sérum d'anguille. Le sérum antidiphtérique est préventif et actif par mélange *in vitro*, mais il n'est pas curatif à l'égard du sérum d'anguille. Le sérum antitétanique, le sérum normal du cheval et celui du lapin, ainsi que le bouillon de viande, sont inactifs. Le sérum de lapin immunisé contre le sérum d'anguille est préventif et curatif à l'égard du venin, du sérum d'anguille et du sérum de vipère.

Le sérum de vipère est à peu près 3 fois moins toxique que celui d'anguille. Injecté préventivement, il confère l'immunité contre le venin,

mais non contre le sérum d'anguille; dans les mêmes conditions il produit l'accoutumance. Le sérum antivenimeux est préventif et curatif à son égard. Le sérum de vipère précipité par l'alcool et redissous dans l'eau a donné une fois, sur deux expériences, un effet curatif contre le venin.

La bile de bœuf détruit par mélange *in vitro* la toxicité du sérum d'anguille et celle du venin, mais on n'a pas constaté d'action préventive ou curative. La bile d'anguille neutralise par mélange *in vitro* le venin et le sérum d'anguille. Elle n'a aucun pouvoir préventif ou curatif aux doses employées. La bile de vipère a une action préventive et neutralisante *in vitro* à l'égard du venin, du sérum d'anguille et du sérum de vipère. La bile de bœuf, celle d'anguille et celle de vipère agissent donc principalement par mélange. Il semble qu'elles possèdent une action digestive. Enfin, les sérums des animaux immunisés contre l'un quelconque des poisons étudiés ici sont fréquemment curatifs à l'égard des autres.

PAUL TISSIER.

P.-H. FRIEDRICH. Ueber strahlenpilzähnliche..... (Les formes actinomycosiques du bacille tuberculeux chez les animaux) (*Deutsche med. Woch.*, *p. 653, 7 oct. 1897*).

Si l'on injecte par la carotide, chez le lapin, une émulsion de bacilles tuberculeux, il se produit une tuberculose miliaire qui comporte une survie de 24 à 86 jours. Cette tuberculose frappe surtout certains organes : le rein, l'iris et le poumon à l'exclusion de la plèvre, de la rate, du foie et du péritoine. Les tubercules ainsi développés présentent régulièrement à une certaine période de leur développement des bacilles disposés en couronnes et terminés par des renflements qui se différencient des corps bacillaires par leur sensibilité aux réactifs colorants. Comme les prolongements de l'actinomycose, ils ne prennent pas les couleurs basiques d'aniline lorsque la préparation est traitée successivement par le bleu Victoria, par la solution alcoolique d'acide nitrique, puis par la solution aqueuse d'éosine, et enfin par la solution alcaline du bleu de méthyle, les bacilles se détachent sur un fond violet par une coloration d'un bleu intense tandis que les prolongements renflés sont rouges. Ces résultats sont si nets et si constants que dans les premiers temps, F. crut avoir affaire à des impuretés de culture, mais après des recherches de 18 mois, il acquit la certitude qu'il s'agissait bien là d'une forme régulière du bacille tuberculeux. C'est du 15e au 30e jour après l'inoculation qu'on est à peu près sûr de retrouver cette forme. Plus tard, elle disparaît. Chez les animaux infectés par la jugulaire elle se trouve aussi, mais d'une manière moins régulière; enfin, on les retrouve aussi dans les cultures et dans les cavernes tuberculeuses.

H. DE BRINON.

SILVESTRINI. Contributo sperimentale allo studio..... (De la vaccination et de la sérothérapie dans l'infection tuberculeuse) (*Settim. med.*, *25 sept. 1897*).

Dans une première série de recherches S. constate en injectant à des cobayes tuberculeux des extraits de sang, de muscles, de foie, de rate et

de rein de chèvre, qu'aucun extrait n'a paru avoir d'influence sur la marche de l'infection tuberculeuse. Les extraits de divers organes provenant du chien sont, dans une autre série, restés également inefficaces; malgré la résistance notable à l'infection tuberculeuse qu'il a remarquée chez le chien. C. LUZET.

Jules AUCLAIR. Recherches sur la virulence des bacilles tuberculeux humains (*Arch. de méd. exp., IX, p. 1124*).

Arloing et après lui Courmont et Dor, Denis, Pégurier ont cherché à démontrer que la marche de la tuberculose est différente suivant la virulence du bacille et que c'est là qu'il faut chercher l'explication des dissemblances entre la tuberculose pulmonaire ayant tendance à se généraliser et les tuberculoses scrofuleuses chirurgicales restant localisées et retentissant peu sur l'état général. Cette idée a été combattue par Nocard, de Renzi, Leloir, Straus.

L'auteur a expérimenté avec 4 échantillons de bacilles tuberculeux provenant : le premier d'une tuberculose ganglionnaire à évolution rapide avec tuberculose pulmonaire, le second d'une méningite tuberculeuse aiguë, le troisième d'une tuberculose pulmonaire à marche très lente, le quatrième d'une tuberculose ganglionnaire ayant le développement torpide d'une gomme scrofuleuse. Pour justifier l'hypothèse d'Arloing il aurait fallu que l'expérimentation démontrât que les deux premiers échantillons étaient bien plus virulents que les seconds ; or il n'en a rien été. On a obtenu des cultures de chacun de ces bacilles en inoculant les produits tuberculeux à des cobayes et ensuite en ensemençant leurs organes tuberculeux dans les 3 premiers cas. Dans le dernier cas l'ensemencement fut fait directement sur pomme de terre, sans passage par le cobaye.

Des mêmes quantités de cultures de ces 4 échantillons, ayant le même âge, inoculées à une série de cobayes déterminèrent leur mort sensiblement dans le même temps, avec des lésions semblables. H. BOURGES

G. CARRIÈRE. Bactériologie des congestions pulmonaires dites idiopathiques (*Presse méd., n° 9, 26 janv. 1898*).

Le pneumocoque de Talamon-Fraenkel peut produire, chez l'homme, les lésions de la congestion pulmonaire dite maladie de Woillez, celles de la spléno-pneumonie de Grancher, et celles de la congestion pleuro-pulmonaire (type Potain). Ce microbe est seul ou associé au streptocoque, au staphylocoque. Il est, dans ces cas, très peu virulent. C'est ainsi que le liquide retiré dix fois du poumon, par la ponction, et inoculé au lapin, n'a jamais produit la mort de l'animal, même lorsque le streptocoque était associé au pneumocoque. La fièvre, l'anorexie et la diarrhée ont été les principaux symptômes observés et n'ont apparu que sur sept animaux sur dix. H. VINCENT.

EYRE et WASHBOURN. Further researches upon the pneumococcus (*Journ. of pathol. and bact., V, n° 1, p. 13, 1898*).

Les auteurs recommandent, comme milieu nutritif du pneumocoque, de l'agar peptonisé à la peptone de Witte et alcalin. On ne doit pas dépasser, pour sa préparation, la température de 100°. Cet agar est recouvert d'une mince couche de sang frais de lapin. Dans ce milieu préservé de la dessiccation et mis à l'étuve à 37°, 5, le pneumocoque reste virulent pendant soixante-six jours ; à 6° ou à 20°, il meurt en trente et un jours. Un millionième d'anse de cette culture tue le lapin de 2 kilos en trente-six heures. Le cobaye est plus résistant et n'est pas toujours tué par cette dose.

Le sérum normal du lapin et du cobaye, mélangé aux cultures, paraît protéger la souris contre l'inoculation de la dose minima mortelle, mais non contre une dose dix fois plus forte. Cette dernière dose est cependant neutralisée par 1 cc. et demi de sérum d'un cheval immunisé contre le pneumocoque et 3 cc. du sérum d'un lapin immunisé. Il n'y a pas de rapport entre le pouvoir agglutinatif et le pouvoir protecteur de divers sérums. Par exemple, le sérum antistreptococcique est légèrement plus agglutinant que le sérum antipneumococcique, vis-à-vis du pneumocoque.

Le sérum du lapin normal n'exerce aucune action bactéricide sur le pneumocoque ; c'est plutôt un milieu nutritif favorable. Les effets du sérum des animaux immunisés sont très variables ; le plus souvent, le pneumocoque y pousse très bien ; parfois au contraire, il ne s'y développe pas et y meurt. H. VINCENT.

PAGANO. Il potere antitossico della linfa e del sangue negli animali immunizzati contro la difterite (*Settim. med., p. 605 et 617, 18 et 25 déc. 1897*).

La lymphe des chiens immunisés contre la diphtérie avec des injections de quantités croissantes de toxine est d'environ 1/3 moins antitoxique que le sang. Il existe la même différence si les animaux ont été immunisés par des injections intraveineuses de sérum antidiphtérique. Il semble que la réaction immunisante ne se localise dans aucun organe du corps, mais se fasse directement dans le sang. L'action physiologique de l'antitoxine, en ce qui regarde ses propriétés osmotiques sur l'organisme animal met, semble-t-il, hors de doute qu'elle soit liée à la molécule albumineuse. C. LUZET.

HILBERT. Ueber Wesen und Bedeutung der Mischinfection bei Diphtherie..... (Nature et importance de l'infection mixte dans la diphtérie) (*Deut. Arch. f. klin. Med., LIX, p. 248*).

L'auteur de l'étude de ses cultures mixtes constate que les streptocoques de provenances différentes et leurs produits favorisent la croissance du bacille diphtérique et vraisemblablement augmentent la production du poison diphtérique. Les expériences d'infections mixtes, qui lui ont montré que dans ces cas, à côté d'une augmentation indubitable de la virulence des bacilles diphtériques par les streptocoques, l'augmentation de viru-

lence des streptocoques due à la présence du bacille diphtérique joue un rôle important. Il faut donc en clinique — la théorie et la pratique le prouvent — suivre le conseil de Behring et employer la sérothérapie aussitôt que possible. C. LUZET.

S.-K. DZEJGOWRSKY. De l'antitoxine contenue dans le sang et les organes des chevaux immunisés contre la diphtérie (*Arch. des Sc. biol. de St-Pétersbourg, V, p. 163*).

La toxine diphtérique injectée semble se transformer, dans les tissus de l'organisme animal en antitoxine, puis passe dans le sérum, et s'élimine par les urines et par la sueur.

Le processus chimique de la transformation des toxines en antitoxines a vraisemblablement pour base l'oxydation des toxines. Quant à la longue persistance de l'antitoxine dans l'organisme des vaccinés, l'auteur la compare à la conservation prolongée du brome dans les expériences de Nencki et Simanowsky.

Dans le cours de ses recherches, Dzejgowrsky a noté le fait suivant, sur lequel nous croyons devoir appeler l'attention : c'est dans le sérum et dans les liquides séreux tels que le contenu des vésicules de de Graaf, et l'infiltration des muscles, aux points où ont eu lieu les injections, que se trouve la plus grande quantité d'antitoxine. La sérosité qui baigne l'ovule dans la vésicule de de Graaf contient la même quantité d'antitoxine que le sérum : il est possible que ce soit là la cause de la transmission héréditaire de l'immunité. E. MOSNY.

B. MOURAVIEFF. De l'influence de la toxine diphtérique sur le système nerveux des cobayes (*Arch. de méd. exp., IX, p. 1165*).

Chez des cobayes inoculés sous la peau avec de la toxine diphtérique et sacrifiés 24 heures après, on constate dans les cellules de la moelle épinière, principalement dans les cornes antérieures, une désagrégation de la substance chromatique, une chromatolyse à type périphérique avec formation abondante de vacuoles. Les nerfs périphériques restent intacts. Si on laisse survivre les cobayes ainsi inoculés et qu'on renouvelle l'inoculation une ou deux fois, ils ont de la paralysie des extrémités et on constate des lésions de névrite périphérique très accusées et parfois généralisées. A cette période les cellules de la moelle sont revenues à l'état normal ou totalement atrophiées.

Pour expliquer l'enchaînement des phénomènes observés, l'auteur admet que le poison diphtérique produit d'abord des modifications considérables dans les cellules de la moelle épinière, dont l'altération influe secondairement sur la nutrition des fibres nerveuses pour lesquelles les cellules servent de centre trophique, de là le développement graduel des névrites et des paralysies. On ne constate dans le cerveau et la moelle allongée que des lésions très légères de chromatolyse et de vacuolisation des cellules. Si l'intoxication a duré longtemps, on peut observer de la désagrégation de la myéline avec beaucoup de globules granuleux dans la substance blanche du cerveau. Sauf une fois, les ganglions spinaux étaient intacts. H. BOURGES.

FRÄNKEL et OTTO. Exper. Beitrag zur Lehre..... (Contrib. expérim. à la connaissance de l'action agglutinante du sérum typhique) (*Münch. med. Woch., p. 1065, 28 sept. 1897*).

L'injection intrapéritonéale de bacilles typhiques produit, chez les chiens jeunes, une maladie toujours grave, chez les vieux une affection moins intense. Le sérum sanguin des animaux bien préparé, possède des propriétés agglutinantes et immunisantes. Par la bouche, les bacilles typhiques ne produisent aucune manifestation morbide ni chez les jeunes ni chez les vieux chiens; cependant leur sérum a des propriétés agglutinantes mais non immunisantes. La puissance agglutinante commence entre le 3[me] et le 6[me] jour après le début de l'injection et augmente progressivement C. LUZET.

P. RUMLINGER. Fièvre typhoïde expérimentale par contamination alimentaire (*Ann. de l'Inst. Pasteur, XI, p. 829*).

Il est possible de communiquer au rat et au lapin par l'alimentation, si l'on a soin d'arroser les légumes abondamment de cultures de bacilles d'Eberth, une affetion qui, au point de vue bactériologique et anatomopathologique, présente les plus grandes analogies avec la fièvre typhoïde de l'homme. Il existe à proprement parler une fièvre typhoïde expérimentale. PAUL TISSIER.

M. GARNIER. Recherches sur la destruction des microbes (vibrion cholérique et bacille typhique) dans la cavité péritonéale des cobayes immunisés (*Ann. de l'Inst. Pasteur, XI, p. 767*).

Seul le bouillon jeune donne aux leucocytes de la cavité péritonéale du cobaye l'activité suffisante pour résister à la phagolyse et encore non constamment, dans l'expérience de Pfeiffer (injection d'une culture virulente de vibrion cholérique, de bacille typhique dans la cavité péritonéale d'un cobaye immunisé contre la péritonite chronique typhique). L'eau salée est ensuite la substance qui prépare le mieux les cobayes et permet ainsi à la phagocytose de s'exercer le plus complètement.

La phagolyse est un fait très général dont il est difficile de se garder; les leucocytes sont des cellules très sensibles et sont facilement détruits par une injection de liquide, on peut arriver aisément à amener un afflux considérable de leucocytes dans la cavité péritonéale, mais il est difficile de les rendre tels qu'ils ne soient pas impressionnés défavorablement par l'arrivée d'un liquide chargé de bacilles.

En effet, G. a pu constater que la formation extracellulaire des granules était en rapport avec l'intensité de la phagolyse : dans l'expérience de Pfeiffer, tous les leucocytes sont atteints, la phagolyse est complète, et toutes les boules se forment dans le liquide; quand il y a hyperleucocytose, avec phagolyse incomplète, il y a à la fois formation extra-cellulaire de granules et englobement des bacilles avec formation intra-cellulaire de granules; enfin, quand il y a hyperleucocytose et que la phagolyse a pu être évitée, il y a très rapidement phagocytose, englobement des bacilles

qui sont transformés en granules dans l'intérieur des leucocytes, puis détruits. PAUL TISSIER.

J. SANARELLI. Étiologie et pathogénie de la fièvre jaune (*Ann. de l'Inst. Pasteur XI, p. 673*).

En inoculant à différents animaux les produits toxiques du bacille ictéroïde, on obtient les mêmes symptômes et les mêmes lésions anatomiques qu'avec le bacille vivant. La fièvre jaune est due à un processus éminemment toxique (poison amaril). Comme le virus vivant, il a peu d'action sur les petits rongeurs ; mais inoculé dans l'organisme de l'animal réactif par excellence, le chien, on y provoque tous les symptômes et toutes les lésions anatomiques déjà signalés après l'emploi du virus et qui se retrouvent dans l'infection humaine. L'intoxication amarile du chien reproduit non seulement la symptomatologie et les lésions spécifiques de la fièvre jaune ; mais détermine l'insuffisance rénale et favorise l'apparition des infections secondaires caractéristiques de la part d'espèces microbiennes bien connues (streptocoque, staphylocoque, coli bacille) en complétant ainsi, avec les résultats chimiques et bactériologiques, la reproduction exacte de tout ce qui a été signalé dans la fièvre jaune chez l'homme.

L'étude de l'intoxication amarile chez la chèvre a mis en évidence d'une façon vraiment surprenante l'énergique pouvoir hémolytique du poison ictéroïde, donnant enfin une explication plausible de ces suffusions bleuâtres, ardoisées ou rouges brunes qu'on constate si fréquemment dans le tissu cellulaire sous-cutané des malades et des cadavres de fièvre jaune. Il est très probable surtout dans le cas où l'on ne parvient pas à obtenir la réaction des pigments biliaires dans le sang et l'urine, que la pigmentation jaune paille caractéristique de la peau qui apparaît après la disparition de ces suffusions et fort souvent plusieurs heures après la mort est simplement due à un processus ultérieur d'oxydation de la substance colorante du sang restée pour imprégner les tissus. Il s'agirait dans ces cas d'un ictère hématique ou plutôt hémoglobinique comme celui qu'on observe très communément dans les cas de destruction globulaire exagérée, accompagnée d'insuffisance hépatique (empoisonnement par l'oxyde de carbone, par l'hydrogène arsénié, par l'acétylphénylhydrazine).

La néphrite et l'intoxication urémique consécutives dans l'intoxication ictéroïde de la chèvre ne font que confirmer l'action spécifique de ce poison sur le parenchyme rénal qui est après le parenchyme hépatique celui qui se trouve le plus gravement atteint.

L'extrême sensibilité de l'âne pour la toxine spécifique permit d'assister à la manifestation de trois phénomènes importants ; deux d'entre eux, l'hématurie et les infections secondaires sont assez connus et fréquents, mais l'autre, la mastorragie n'avait encore été décrit par aucun auteur et il représente indubitablement la plus haute manifestation des propriétés hémorragiques de l'amarilisme. Quant aux expériences sur les chevaux on peut dire pour le moment qu'elles n'ont servi qu'à démontrer l'extrême sensibilité de ces animaux envers la toxine

ictéroïde surtout lorsqu'elle est inoculée par voie sous-cutanée. Tous les phénomènes symptomatiques, toutes les altérations fonctionnelles, toutes les lésions anatomiques de la fièvre jaune, ne sont que la conséquence d'une action éminemment stéatogène, émétique et hémolytique des substances toxiques fabriquées par le bacille ictéroïde.

C'est peut-être par ses symptômes généraux, par ses manifestations ataxo-adynamiques caractéristiques, par sa tendance aux hémorragies, par l'ictère, que la fièvre jaune a été comparée aussi à l'empoisonnement par le venin de certains serpents. On ne peut donc plus considérer comme on l'a fait jusqu'ici les organes digestifs comme le siège central et la porte d'entrée du bacille spécifique. Mais alors il devient difficile de savoir comment ce bacille peut envahir l'organisme. Dans les pays à fièvre jaune on n'a pas encore recueilli de documents assez démonstratifs pour établir la transmission hydrique. Au contraire, il existe une série imposante de faits qui déposeraient décidément en faveur de la transmission atmosphérique.

Le seul exemple toujours cité par les auteurs, l'atténuation de la fièvre jaune à Vera-Cruz depuis que la ville a été pourvue d'une bonne eau potable ne peut avoir qu'une valeur tout à fait relative comme toutes les affirmations de ce genre. La remarquable résistance vis-à-vis de la dessiccation dans l'air et du séjour dans l'eau possédée par le bacille ictéroïde nous autorise à admettre la diffusion du virus amaril aussi bien par l'air que par l'eau. En outre, l'expérimentation chez les animaux démontre la possibilité de la contagion par les voies respiratoires.

Il faut tenir compte, pour la contagion par la voie hydrique des troubles digestifs et du surmenage du foie fréquent chez les nouveaux arrivés dans les pays chauds. Les moisissures forment une véritable symbiose avec le bacille ictéroïde et c'est grâce à ces moisissures que ce dernier peut trouver la force de vivre et de se multiplier dans des milieux ou à une température défavorables. Il ne faut pas oublier, d'autre part, la résistance remarquable du bacille ictéroïde à la dessiccation et sa longévité dans l'eau de mer. PAUL TISSIER.

J. SANARELLI. L'immunité et la sérothérapie contre la fièvre jaune (*Ann. de l'Inst. Pasteur, X, p. 753*).

Le sérum obtenu du sang du cadavre de sujet mort de fièvre jaune agglutine nettement le bacille ictéroïde ; il n'a sur l'animal aucun pouvoir préventif. Le sérum de convalescents provoque très lentement l'agglutination et n'a qu'une faible action préventive. Le sérum antidiphtérique agglutine très rapidement, le sérum anticolique, le sérum normal de l'homme n'agglutinent pas.

La vaccination par inoculation de petites doses de virus demande six à sept mois chez le cobaye. Il en est de même chez le chien qu'on n'arrive pas cependant à habituer totalement aux doses élevées de toxine. La vaccination du cheval est longue et difficile.

Le sérum du cobaye, du chien, du cheval vacciné contre le bacille ictéroïde possède une action préventive et curative indiscutable chez l'animal. La sérothérapie n'a pas encore été tentée chez l'homme.

PAUL TISSIER.

FITZPATRICK. Notes on a yellow-fever prophylactic fluid (*Med. Record, 29 janv. 1898*).

Les expériences entreprises par F. dans le but de trouver une méthode d'immunisation et de vaccination contre la fièvre jaune furent faites sur des chiens inoculés soit avec des cultures de bacillus icteroides du laboratoire de Sanarelli soit avec des cultures de bactéries de la fièvre jaune. Ces dernières provenaient de trois cas d'autopsies de fièvre jaune et furent obtenus en inoculant le sang du cœur, de la rate, du foie ou des reins sur divers milieux de culture. Après élimination de toute cause d'erreurs, ainsi que des bactéries ne semblant pas jouer un rôle pathogène dans ce processus fébrile, F. a dans les trois cas obtenu deux bacilles qu'il tient pour pathogènes en l'espèce et qu'il a provisoirement dénommés : bacillus coli concentricus et bacillus coli icteroides. Ces deux bacilles furent isolés dès 1897 avant la publication de Sanarelli. Le bacillus coli concentricus possède les caractéristiques du bactérium coli commune et de plus une remarquable propriété de former sur l'agar des colonies rondes de formation concentrique ; il est extrêmement virulent. Le bacillus coli icteroides correspond exactement au bactérium coli commune. Du reste, tout en tenant ces deux bacilles comme directement intéressés dans l'infection de la fièvre jaune, F. admet toutefois que le bacillus icteroides de Sanarelli soit un agent possible de l'infection et de la mort dans cette pyrexie. Les expériences commentées dans le présent travail peuvent se ranger sous ces trois chefs : expériences par inoculation de cultures pures ; expériences avec des cultures ayant été exposées à la chaleur et en parties détruites ou affaiblies ; expériences avec des cultures ayant prospéré pendant 4 jours puis tuées par exposition à la chaleur et ensuite désagrégées ; mais quelle que fût la méthode, les résultats terminaux furent toujours identiques : Survie du chien préalablement immunisé et mort dans les 24 heures du chien témoin, la durée du temps consacré à l'immunisation ayant été de 6 semaines à 3 mois. D'où cette conclusion que si le bacillus coli icteroides, le bacillus coli concentricus ou le bacillus icteroides de Sanarelli, soit séparément, soit en combinaisons, sont l'agent ou les agents de l'infection et de la mort dans la fièvre jaune, ils forment, de par l'évidence des résultats des expériences instituées, une base d'où l'on peut tirer un liquide immunisant ou prophylactique qui pourra être injecté à l'homme pour prévenir l'infection de la fièvre jaune. CART.

POTTIEN. 1° Beitrag zur Bakteriologie der Ruhr. 2° Nachtrag (*Hyg. Rundsch. 1er juill. 1897*).

Pottien décrit, dans les plus grands détails, un nouveau streptothrix qu'il a rencontré, accompagné de divers microbes, tels que le bacille colique, dans un cas de dysenterie sporadique et auquel il attribue, au moins pour ce cas, un rôle étiologique, ayant réussi à l'inoculer à des animaux avec production de lésions intestinales assez caractéristiques, tandis que chez d'autres il avait provoqué une pseudotuberculose des viscères abdominaux et une entérite mortelle.

Cet organisme se présente tantôt sous l'aspect d'un bâtonnet court, droit ou recourbé, tantôt sous celui d'un filament allongé, flexueux, muni de renflements, tantôt, enfin, sous forme d'un vibrion en virgule; l'explication de cet apparent polymorphisme fut donnée quand on découvrit ses ramifications; il s'agissait donc d'un hyphomycète.

Le streptothrix dysenterica s'écarte par maintes particularités des streptothrix connus jusqu'ici. Ses cultures, au lieu d'être saillantes et compactes, sont plates et molles; en outre, il ne se colore pas par le traitement de Gram. Souvent il ressemble à s'y méprendre au microbe diphtéritique de Lœffler. J. B.

P. ACHALME. Recherches bactériologiques sur le rhumatisme articulaire aigu (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, *XI*, *p. 845*).

Le microbe décrit par Achalme, pour la première fois en 1891, a été trouvé dans le sang du cœur, dans le liquide péricardique, dans le myocarde. Les autres organes et en particulier la rate en contiennent peu ou point. En dehors de ces cas autopsiques, il a été rencontré dans le sang vivant 4 fois à l'état de pureté, 2 fois associé à des microbes chez des sujets atteints de rhumatisme articulaire aigu. Il y est peu abondant et il faut avoir recours aux cultures.

C'est un bâtonnet, identique par son aspect au bacille anthracis; dans les cultures sa longueur est très variable. Dans les cultures jeunes il présente des mouvements lents, il se colore très bien par les couleurs d'aniline et les réactifs de Gram et de Weigert.

Conservé dans la sérosité du cobaye ou du lapin tué par inoculation il sporule. La spore ovoïde, volumineuse, très réfringente, résiste à une ébullition de trois minutes.

Il est strictement anaérobie. La température optima est de 30° à 38°. Il cultive mais difficilement sur milieux solides (gélose, sérum, gélatine). Les milieux liquides sont préférables (bouillon alcalinisé, lait surtout; au bout de 12 à 15 heures, coagulation en masse, le caillot apparaît creusé de vacuoles gazeuses; il y a abondant dégagement de gaz hydrogène et acide carbonique). Dans l'urine stérilisée, il y a culture avec précipitation des urates. Le salicylate de soude, à la dose de 1 gramme par litre, arrête tout développement.

Les cultures ont une odeur spéciale; elles deviennent acides. Le microbe d'A. liquéfie la gélatine, coagule la caséine et le sérum dilué; il liquéfie l'empoi d'amidon et fait fermenter la saccharose sans l'intervertir.

Chez l'animal il produit une vaso-dilatation des capillaires artériels, obstruction microbienne ou thrombosique des origines lymphatiques, chimiotaxie négative à l'égard des leucocytes, nécrose des éléments différenciés, apparition de nombreuses cellules d'Ehrlich Weigert (Mastzellen). Ces cellules sont admirablement mises en relief par la coloration au bleu de méthylène de Lœffler, qui colore leur noyau en bleu pâle et leur protoplasma granuleux en violet grenat intense. Il résulte de cette lésion élémentaire, dans le tissu cellulaire un œdème à sérosité abondante, quelquefois teintée en rouge par les hématies diapédésées ne contenant

que peu de leucocytes et s'accompagnant d'une nécrose musculaire plus ou moins profonde. Cet œdème peut être infiltré et gélatiniforme ou s'accompagner de décollements formant des poches contenant chez le cobaye de 10 à 15 centimètres cubes de sérosité louche. Dans les séreuses, il donne lieu à des épanchements à marche rapide parfois hémorragiques ; dans les viscères, à de brusques congestions actives avec œdème. Ces effets sont d'autant plus intenses que l'animal est plus jeune. Les femelles en gestation sont plus sensibles ; chez elles la mort est plus rapide et s'accompagne d'apoplexies placentaires et d'infection fœtale. Le cobaye est l'animal de choix, la souris est relativement moins sensible. Chez le lapin, les effets pathogènes sont plus irréguliers. Le chien s'est montré réfractaire.

Thiroloix a pu reproduire, en employant directement la sérosité du cobaye, de l'endo-péricardite et de la pleurésie.

Les associations microbiennes (streptocoque surtout) sont fréquentes surtout lorsque la maladie est ancienne. PAUL TISSIER.

TRIBOULET, DOYON et ZADOC. Constatation du microbe trouvé par Thiroloix dans le rhumatisme articulaire (*Soc. méd. des hôp.*, *19 nov. 1897*).

Les ensemencements furent faits sur bouillon et lait stérilisés, et les cultures ont été les unes aérobies, les autres anaérobies, on a ensemencé avec le liquide pleural, la sérosité péricardique, du sang de la veine cave inférieure, un fragment de la valvule mitrale et un segment de la moelle lombaire. Seuls, les trois derniers ensemencements ont donné, et seulement en culture anaérobie sur le lait stérilisé les résultats typiques, c'est-à-dire en 18 heures, fermentation intense, dégagement d'une odeur butyro-caséeuse, délimitation de gros bacilles courts ou longs, supportant le Gram Weigert ; l'injection à un cobaye a amené la mort avec collection séro-œdémateuse. H. LEROUX.

J. THIROLOIX. Étude bactériologique d'un cas de rhumatisme articulaire aigu (*Gaz. hebd. Paris*, *3 oct. 1897*).

Le sang et le liquide pleural d'un malade atteint de rhumatisme articulaire aigu ont été ensemencés en bouillon et en lait. Les tubes aérobies ont été stériles ; des tubes anaérobies de bouillon, un seul a cultivé pauvrement.

Toutes les cultures anaérobies en lait ont bien cultivé.

On a obtenu un bacille de dimensions très variables selon les milieux, tantôt isolé, tantôt en diplobacille, tantôt (sur sérum humain) en streptobacille de 4 à 12 éléments.

Les extrémités nettement coupées deviennent arrondies sur pomme de terre ; dans les cultures de quelques jours il se renfle à une extrémité en épingle, comme le bacille tétanique. Dans la sérosité et le sérum il est fréquemment entouré d'une capsule.

Bien coloré par la thionine phéniquée, il ne se colore pas par le Gram et le Weigert et se colore mal par le Ziehl.

Après 3 ou 4 passages sur lait ou bouillon, il devient aérobie en restant

pathogène. Une trace de salicylate de soude empêche sa culture. Le meilleur milieu est le lait (38°) qui coagule et laisse transsuder un liquide transparent dans lequel est le bacille.

Les cultures provenant de l'homme ou du lapin donnent lieu à un fort dégagement de gaz, phénomène qui ne se reproduit pas après premier passage.

Il est pathogène pour le cobaye (mort en 10 à 26 heures), et le lapin (mort en 38 heures à 7 jours ; endocardite et péricardite, pleurésie).

LEFLAIVE.

CHVOSTEK, SINGER. Der chronische Gelenkrheumatismus und seine Behandlung (*Berlin. klin. Woch., p. 593, 5 juill. 1897*).

Chvostek expose ses recherches bactériologiques sur l'étiologie du rhumatisme articulaire aigu. Il a presque toujours constaté la stérilité du liquide articulaire et du sang. La découverte de microorganismes après la mort ou pendant l'agonie n'est pas probante. Il faut rejeter absolument l'idée d'un microorganisme spécifique comme cause du rhumatisme articulaire aigu.

Singer, dans un grand nombre de cas de rhumatismes articulaires aigus a trouvé des staphylocoques et des streptocoques. Ses recherches ont porté sur 92 malades, avec examens, pendant la vie, du sang, de l'urine, des épanchements articulaires et des complications. Dans 2 des 3 autopsies, il a retrouvé les mêmes microorganismes que durant la vie ; dans l'un de ces cas, le liquide articulaire était stérile et seules les parois de la synoviale contenaient des microbes. Dans le 3e cas, il y avait des hémorragies limitées aux tissus périarticulaires et elles renfermaient des amas de streptocoques. Singer attribue aux microbes pyogènes un rôle étiologique dans le rhumatisme. L'érythème multiforme, qui s'y présente souvent, est un type des manifestations cutanées de l'infection purulente. La nature pyohémique du rhumatisme ressort, en outre, de ses rapports avec l'angine, l'érysipèle, l'ostéomyélite et la septicopyohémie cryptogénétique.

J. B.

W. KRAIOUCHKINE. Sur l'effet des injections sous-cutanées de virus fixe de la rage (*Arch. des sc. biol. de St-Pétersbourg, V, p. 261*).

La moelle épinière des lapins ayant succombé à l'inoculation de virus fixe possède une virulence qui diffère peu de celle de la moelle allongée.

Contrairement à ce qui s'observe pour le virus de la rage des rues, il n'existe aucun rapport entre la quantité de virus fixe introduite sous la peau et l'action produite sur le lapin ou le chien.

Le virus fixe inoculé sous la peau des lapins et des chiens est bien moins virulent que le virus de la rage des rues, et provoque beaucoup plus rarement une affection mortelle. Mais l'inoculation de ce virus fixe dans le tissu musculaire est presque toujours suivie de mort. Aussi, les lésions du tissu musculaire, dans les injections sous-cutanées de virus fixe, favorisent-elles l'infection.

La présence des microbes pyogènes, non seulement n'empêche pas

l'action de virus fixe ; mais parfois elle le favorise ; le froid agit de même ; le jeûne incomplet ou une perte de sang assez considérable n'exercent aucune influence. E. MOSNY.

KNORR. Untersuchungen über den Gehalt des Blutes in Antitoxin (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 36, p. 790, 6 sept. 1897*).

Expériences pratiquées par l'introduction dans les veines ou sous la peau, de quantités connues d'antitoxine tétanique provenant du cheval.

Il en ressort que la totalité de l'antitoxine se retrouve dans le sang qui en renferme 7 à 10 fois plus que si elle était uniformément répartie dans le corps. Lorsque l'antitoxine est introduite directement dans le sang, le maximum d'antitoxine dans le sang s'observe au bout de quelques minutes, tandis qu'il se fait attendre de 18 à 24 heures, suivant la dose et le degré de concentration de l'antitoxine, quand celle-ci est introduite dans le tissu cellulaire sous-cutané. La résorption s'opère sensiblement de même dans les différentes espèces animales (chevaux, lapins et cobayes). En revanche, l'antitoxine disparaît plus ou moins rapidement du sang, suivant les animaux. Un cheval garde, pendant plusieurs semaines, presque intacte, sa provision d'antitoxine, tandis que chez les lapins et cobayes, au bout de 12 jours, le sang n'en contient plus que la millième partie. Pour savoir si cette différence tient à la provenance de l'antitoxine, il conviendra d'introduire dans l'organisme du cheval de l'antitoxine de lapin. Au surplus, la conservation de l'antitoxine dans le corps du cheval n'est pas toujours la même. Elle a été très courte chez un cheval à qui on avait fait subir conjointement l'immunité active contre la diphtérie et qui avait présenté une forte réaction fébrile.

L'immunisation active accroît la faculté de l'organisme à produire rapidement et abondamment de l'antitoxine. J. B.

I. — J. COURMONT et M. DOYON. Sur l'origine de la toxine tétanique (*Arch. de physiol.*, *IX*, *p. 716*).

II. — COURMONT, DOYON et PAVIOT. La contracture tétanique n'est pas fonction d'une lésion appréciable des cellules nerveuses médulaires (*Ibid.*, *X*, *p. 156*).

I. — Les auteurs ont émis l'idée en 1893 qu'à côté des toxines directement fabriquées par les microbes il y en avait d'autres fabriquées par l'organisme, sous l'influence de produits microbiens non toxiques par eux-mêmes. Ce sont des toxines de second degré et la maladie est une auto-intoxication consécutive à l'action des produits solubles microbiens. C'est le cas pour le tétanos. La théorie s'appuie sur des faits positifs à savoir : 1° l'existence d'une période d'incubation, dont la durée ne peut être abrégée en forçant la dose du produit soluble injecté du microbe de Nicolaïer ; 2° le fait que le produit soluble du microbe de Nicolaïer n'engendre le tétanos qu'à une température élevée chez la grenouille ; 3° le fait qu'il existe chez les animaux tétaniques une substance immédiatement strychnisante ; qu'elle existe dans le sang, dans l'urine ; 5° que le sérum antitétanique n'étant l'antagoniste que du produit soluble microbien, ne peut-être antitoxique pour la vraie toxine secondaire. Ces faits

et la théorie correspondante ont été confirmés depuis par Buschke, Œrgel et Blumenthal.

II.— Contrairemement à Marinesco, les auteurs trouvent que le cobaye tétanique ne présente pas de lésions cellulaires spécifiques de la moelle. Pas de lésions chez le chien. La méthode de Nissl est aussi incapable que les anciens procédés de coloration de décéler dans les cellules nerveuses des tétaniques des altérations pouvant être considérées comme l'origine des contractures. La méthode de Nissl au bleu de méthylène est loin d'être sûre. DASTRE.

A. CHANTEMESSE et G. MARINESCO. Des lésions histologiques fines de la cellule nerveuse, dans leurs rapports avec le développement du tétanos et l'immunité antitétanique (*Presse méd., n° 10, 29 janv. 1898*).

Chez le cobaye mort à la suite de l'intoxication par la toxine tétanique, la moelle, colorée par la méthode de Nissl, présente une tuméfaction du corps cellulaire et une coloration diffuse de la substance achromatique. Les éléments chromatophiles sont moins nombreux, plus petits; les mailles du réseau achromatique sont élargies, ont disparu par places. La membrane enveloppante du noyau a parfois des contours vagues; le nucléole est réduit de volume. Le cylindre-axe, incolore et uniforme à l'état normal, fixe fortement la couleur bleue et devient légèrement granuleux.

Chez les animaux ayant reçu simultanément la toxine et le sérum antitétanique, les modifications cellulaires sont remarquables et consistent en hypertrophie de la cellule et parfois de son noyau; le nucléole participe à cette tuméfaction, mais il est moins coloré. Ces changements disparaissent après quelque temps.

Chez les cobayes ayant reçu une dose mortelle de toxine suivie, vingt-quatre heures après, d'une dose curative de sérum antitétanique, on voit, chez l'animal sacrifié au cinquième jour, des altérations des éléments chromatophiles (pâleur, désintégration, chromatolyse), avec état foncé de la substance achromatique. Chez un cobaye sacrifié après quarante-cinq jours, la moelle était indemne de toute lésion. L'immunité ou la réaction contre le poison tétanique se traduisent donc par des modifications cellulaires nerveuses appréciables. H. VINCENT.

E. CZAPLEWSKI et R. HENSEL. Bacteriologische Untersuchungen bei Keuchhusten (coqueluche) (*Deutsche med. Woch., 9 sept. 1897 et Centralbl. f. Bakter., XXI*).

Dans une série de 44 cas de coqueluche, C. et H. ont trouvé constamment un bacille qui leur paraît être l'agent pathogène de la maladie. Les parties les plus épaisses de l'expectoration sont lavées avec de l'eau peptonisée. Les cultures ont été faites sur sérum gélatinisé et les préparations colorées avec la fuchsine glycérinée phéniquée. Le microbe a la forme d'un très petit bâtonnet aux extrémités arrondies, il rappelle par ses propriétés colorantes et son volume, le bacille de l'influenza, mais il diffère parce qu'il peut se cultiver sur les milieux nutritifs habi-

tuels. Les jeunes ressemblent à des diplocoques, par suite de la coloration plus intense des deux extrémités réunies par une partie moyenne presqu'incolore, le bacille adulte est à peine 2 ou 3 fois plus long que large; en culture, rarement dans les crachats, on trouve des formes allongées filamenteuses, quelquefois les individus sont réunis en chaînettes. Au point de vue morphologique, ce bacille rappelle le bacille de la peste ; mais il est beaucoup plus petit. Il est immobile, peu résistant, prend les couleurs d'aniline et le gram. La fuchsine glycérinée employée après le gram donne une coloration rouge. Dans les cas graves, les bacilles sont très abondants, ils sont ou disséminés ou réunis en amas plus ou moins gros comme les vibrions cholériques, le plus souvent libres; au début de la maladie, ils sont très rares. Si les crachats n'ont pas été bien lavés, on retrouve en grand nombre d'autres bactéries, en particulier des streptocoques. Les colonies ne sont pas très caractéristiques, elles ont l'aspect de gouttes de rosée légèrement saillantes et d'un ton jaune gris. Les tentatives d'inoculation aux animaux ont échoué.

L'un des deux auteurs a présenté, pendant ce travail, des accidents de coryza violent, avec symptômes généraux et toux convulsive, qui ont duré une semaine; la sécrétion nasale renfermait des bactéries en culture pure. H. DE BRINON.

SCHEURLEN. Geschichtliche und experimentelle Studien über den Prodigiosus (*Arch. f. Hyg., XXVI*).

Le prodigieux est un bacille muni de cils sur ses longs côtés; il donne lieu à des épidémies de maisons, comparables à celles de la fièvre typhoïde et du choléra. Il ne prend la forme de microcoque, qu'autant que l'ammoniaque qu'il produit, lorsqu'on le cultive sur pommes de terre, gonfle et dissout son albumine.

Sa matière colorante est pauvre en azote elle est constituée pour 14 à 16 0/0 d'éléments minéraux, pour 11,85 0/0 d'hydrogène et pour 72,11 0/0 de carbone; son spectre fournit une bande d'absorption assez large, immédiatement en avant de la ligne E. Outre la matière colorante et l'ammoniaque, le bacille prodigieux forme de la méthylamine et des acides formique et succinique. Il ne transforme pas le sucre en alcool et acide carbonique. J. B.

DENYS et MENNES. Le sort des lapins infectés simultanément par le streptocoque et le pneumocoque et traités soit par le sérum antistreptococcique, soit par le sérum antipneumococcique, soit par les deux à la fois (*Bull. Acad. de méd. de Belgique, XI, p. 403*).

Si l'on inocule un lapin avec un mélange de streptocoques et pneumocoques, on peut à volonté le faire périr de l'une ou de l'autre de ces infections, d'après le sérum injecté. Le sérum antistreptococcique enraye la streptoccocie et est sans action sur l'infection pneumococcique; le sérum antipneumococcique agit d'une façon analogue sur la pneumococcie. Chacun des sérums, par l'intermédiaire des leucocytes, sou-

met le mélange des deux microbes à un triage, qui laisse subsister à l'état libre le microbe différent du sérum employé. A côté de leur action phagocytaire, ces deux sérums développent peut-être dans l'organisme une action toxique spécifique sur les microbes.

Si l'on injecte les deux sérums, l'animal échappe aux deux infections

LEFLAIVE.

E. KLEIN. Remarks on a coccus pathogenic to man and animals « staphylococcus hœmorrhagicus » (*Brit. med. Journ., p. 385, 4 août 1897*).

Ce nouveau microbe provient de la sérosité de bulles survenues chez des fermiers qui avaient dépouillé des moutons malades. Cette sérosité était hémorragique et, de plus, riche en cocci agglomérés. Sur l'agar les cellules forment des colonies arrondies, aplaties, croissant rapidement à périphérie, où se produit une élevure circulaire d'un jaune pâle. Sur la gélatine, au bout de 24 heures, se développent de petites plaques grisâtres, foncées au centre et translucides sur les bords ; au 3e jour, la gélatine est liquéfiée. Dans les milieux alcalins, elles se développent rapidement, troublant le liquide au bout de 24 heures. Sur la pomme de terre, le microbe forme un feutrage transparent qui s'épaissit sur les bords : gris d'abord, il prend une teinte jaunâtre à la périphérie. Même caractère sur le sérum sanguin, sauf qu'il ne le liquéfie pas. Le microbe meurt à une température de 62° C.

Ce coccus ressemble à celui que Nocard a trouvé dans la mastite gangréneuse des moutons : il ne développe pourtant pas de phénomènes gangréneux ; mais, au contraire, chez le cobaye et le lapin, il provoque des œdèmes hémorragiques ; la mort survient de 20 à 60 heures après l'inoculation. Sur le mouton on produit également ces œdèmes hémorragiques.

L'injection de culture sur agar de cette sérosité hémorragique faite sur la peau de l'auteur, y détermina de petites papules prurigineuses, à tendance hémorragique et purulente, qui fournissaient du staphylocoque précédemment décrit.

H. RENDU.

MiltonCREN DIROPOULO. Note sur un bacille pathogène pour l'ulcère de l'Yemen (ulcère des pays chauds) (*Ann. de l'Inst. Pasteur, XI, p. 714*).

C. a isolé dans tous les cas un bacille petit, à extrémités arrondies étranglé au milieu, mobile, prenant bien les couleurs basiques d'aniline se décolorant par le gram, cultivant abondamment dans le bouillon peptonisé, sur gélose, gélatine, pommes de terre, etc., de préférence entre 38° et 40°. Il est aérobie vrai.

Très pathogène pour les animaux, principalement les lapins et les pigeons, il produit des lésions locales offrant une certaine ressemblance avec l'ulcère des pays chauds.

PAUL TISSIER.

NICOLLE et NOURY-BEY. Recherches sur le bouton d'Alep (*Ann. de l'Inst. Pasteur, XI, p. 777*).

Le bouton d'Alep est dû à un streptocoque spécial non influencé par

le sérum de Marmorek. Les auteurs l'ont trouvé dans 9 cas. Le streptocoque est pur (3 fois) ou associé (staphylocoque le plus souvent); tous les échantillons présentaient des caractères communs; abondance des cultures, coagulation du lait, virulence d'ordinaire plus grande pour le cobaye que pour le lapin, résistance marquée au renforcement.

PAUL TISSIER.

CHAVIGNY. Gangrène gazeuse subaiguë provoquée par un bacille spécial (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, *XI*, *p. 860*).

Il existe une gangrène gazeuse à marche subaigüe, différente par sa cause de la gangrène gazeuse de Maisonneuve. Cette gangrène gazeuse subaigüe peut se produire chez l'homme par auto-infection (en l'absence de toute plaie cutanée).

Elle est provoquée par un microbe très voisin du bactérium coli et qui paraît être celui que San Felice a décrit sous le nom de bacillus pseudo-œdematis maligni.

PAUL TISSIER.

R. BUNGE et A. TRANTENROTH. Smegma-und Tuberkelbacillen (*Fortsch. d. Med., nos 23 et 24, 1896*).

Après beaucoup d'essais, au cours desquels B. et T. ont pu fournir la preuve expérimentale que l'urine obtenue par la sonde, après un nettoyage soigneux du méat, ne renferme jamais de bacilles du smegma, ils sont parvenus à trouver une méthode sûre, en toutes circonstances, pour différencier ces bacilles des bacilles tuberculeux. Sans les exposer à la flamme, on immerge d'abord les couvre-objets 3 heures dans l'alcool absolu, puis on les traite successivement, au moins 15 minutes par une solution de chrôme à 3 0/0, ensuite par la fuchsine phéniquée, ensuite 2 ou 3 minutes par de l'acide sulfurique étendu et enfin au moins 5 minutes par une solution alcoolique concentrée de bleu de méthylène. Ce traitement a pour effet de détruire la résistance qu'offrent les bacilles du smegma à l'action des agents décolorants.

J. B.

I. — CZAPLEWSKI. Zur Kenntniss der Smegmabacillen (Des bacilles du smegma) (*Münch. med. Woch.*, *p. 1192*, *28 oct. 1897*).

II. — LASER. Ueber Reinculturen der Smegmabacillen (*Ibid.*).

I. — Même cultivés dans un milieu exempt de graisse, ces bacilles ont une énorme résistance à la coloration par les couleurs acides. C'est un bacille immobile, croissant mieux à 37° qu'à 23°, apparaissant le 1er ou 2e jour par le sérum ; le bouillon se trouble et donne un sédiment granuleux; sur pommes de terre revêtement blanc mielleux.

II. — La difficulté de différenciation morphologique de ce bacille avec celui de la tuberculose rend utile sa culture. Et au bout de 24 heures on peut constater les colonies, on est sûr de ne pas avoir affaire au b. tuberculeux, qui demande 10 à 14 jours pour apparaitre dans les mêmes conditions.

C. LUZET.

BEIN. Ueber Mumpsbacterien (*Berlin. klin. Woch., p. 706, 9 août 1897*).

Le microbe des oreillons est un streptocoque ressemblant beaucoup au gonocoque et au méningocoque, en ce qui touche sa forme et son habitat dans les cellules. Il se développe sur l'agar, dans le bouillon peptoné et le liquide ascitique, coagule le lait et liquéfie la gélatine. Il est animé de mouvements propres. Les cultures récentes tuent les souris. On le rencontre dans la sécrétion du canal de Sténon, dans le pus des abcès parotidiens ; une fois, on l'a trouvé dans le sang. J. B.

AFANASSIEF. Ueber die Bedeutung des Granulationsgewebes..... (De l'importance du tissu de granulation dans l'infection des plaies par les microorganismes pathogènes) (*Ziegler's Beitr. z. path. Anat., XXII, p. 11, 1897*).

L'infection généralisée de l'organisme animal par des bactéries pathogènes n'a pas lieu à travers le tissu de granulations jeune et sans blessure; les animaux infectés dans ces conditions ne meurent pas. Les animaux restés vivants à la suite de leur infection par le tissu de granulation sont généralement réfractaires à une infection consécutive par des cultures pleinement virulentes inoculées dans des plaies récentes. L'examen microscopique de la sécrétion du tissu infecté, et des coupes du même tissu montre que les bactéries y subissent une destruction progressive, manifestée par différentes sortes de destruction et de dégénérescence, et que la phagocytose y joue un rôle accessoire. Les bactéries cultivées des tissus de granulations, après un certain temps depuis l'inoculation, ont, dans la plupart des cas, subi une diminution de leur virulence; souvent cette diminution de virulence est durable. La destruction des bactéries pathogènes portées par le tissu de granulation, commence sous l'action du suc des tissus, sans participation de l'activité digestive des leucocytes. C. LUZET.

J. HALBAN. Resorption der Bakterien bei lokaler Infektion (Résorption des bactéries dans les cas d'infection locale) (*Arch. f. klin Chir., LV, 3, p. 549*).

Halban s'est occupé plus particulièrement de la question de savoir: 1° ce que deviennent les bactéries quand, après l'infection locale de l'organisme, elles sont résorbées par les ganglions lymphatiques; 2° comment les ganglions lymphatiques réagissent vis-à-vis de l'infection, et 3° combien de temps après le début les bactéries apparaissent dans les ganglions lymphatiques, dans le sang et dans les organes internes. Il résulte de ces expériences que les différentes espèces de bactéries se comportent d'une façon absolument différente suivant les 3 cas ci-dessus indiqués. Ce sont ces bactéries, introduites dans l'organisme par les injections sous-cutanées, qui apparaissent le plus vite dans les ganglions lymphatiques. Dans les cas d'infection par instruments piquants, la propagation des bactéries se fait plus lentement. Si l'on introduit dans l'organisme des bactéries, en faisant des frictions sur la peau à l'aide de résidu sec de ces agents pathogènes, les microbes tardent beaucoup plus à arriver jusqu'aux ganglions lymphatiques. MARCEL BAUDOUIN.

Rudolf MEYER. Beiträge zur Frage der Riesenzellenbildung um Fremdkörper unter dem Einflusse des Iodoforms (Contribution à l'étude de la formation des cellules géantes autour des corps étrangers sous l'influence de l'iodoforme) (*Arch. f. klin. Chir., LV, p. 676*).

L'auteur a fait des recherches sur la question de savoir si la formation des cellules géantes est entravée par l'iodoforme. Les expériences faites sur des cobayes et des lapins ont démontré que le processus de guérison des corps étrangers est plus rapide dans le péritoine des premiers que dans celui des derniers ou dans le tissu sous-cutané. Dans ce processus, l'iodoforme empêche la transformation des corps étrangers en tissu conjonctif, et, par cela même, il entrave la formation des cellules géantes. L'auteur n'a pas pu constater la chimiotaxie positive dans l'action de l'iodoforme, de sorte qu'on ne peut attribuer à celui-ci une force inflammatoire; par contre, l'iodoforme détermine une décomposition rapide des cellules exsudatives pénétrées dans les corps étrangers. Comme conclusion pratique, l'auteur recommande le tamponnement avec de la gaze iodoformée, même dans les opérations aseptiques. MARCEL BAUDOUIN.

I. — H. CHRISTIANI et E. FERRARI. De la nature des glandules parathyroïdiennes (*Soc. de biol., 9 oct. 1897*).

II. — G. VASSALE et A. DONAGGIO. Les altérations de la moelle épinière chez les chiens opérés d'extirpation des glandes parathyroïdiennes (*Arch. ital. de biol., XXVII, p. 124*).

I. — Il n'y a histologiquement ni embryologiquement identité de nature des glandes et glandules thyroïdiennes. Celles-ci ne sont pas des organes embryonnaires capable de vicarier la thyroïde absente.

II. — Les chiens et chats à qui l'on a enlevé les quatre glandes parathyroïdiennes, meurent en quelques jours avec les accidents suivants: du côté du système nerveux ; abattement, trismus, parésie des muscles, masticateurs, rigidité du train postérieur, démarche chancelante, faiblesse musculaire, convulsions, troubles digestifs: anorexie, vomissements, troubles des appareils circulatoires et respiratoires; palpitations et dyspnée; du côté des reins: urine rare, traces d'albumine (Vassale et Generali, 1896). L'ensemble est analogue à celui de la thyroïdectomie complète, sauf que la parésie domine les convulsions. La moëlle présente des dégénérescences systématisées des faisceaux pyramidaux croisés et des cordons postérieurs, tantôt de Burdach, tantôt de Goll. C'est un exemple d'auto-intoxication causant des lésions médullaires systématiques. Ces lésions sont si intenses que déjà à l'œil nu on les distingue nettement. DASTRE.

W.-T. POKROWSKY. Influence de l'extirpation du corps thyroïde chez le chien sur la quantité et la qualité des globules blancs du sang (*Arch. Sc. biol. de St-Pétersbourg, V, p. 319*).

A la suite de la thyroïdectomie, non seulement il y a une augmentation du nombre des leucocytes, mais encore on note les particularités

suivantes : le nombre des globules jeunes diminue dans des proportions considérables, tandis qu'on observe une augmentation des globules adultes et des formes de transition entre les globules adultes et les globules vieux; la proportion des globules vieux ne varie pas.

Il convient d'attribuer ces phénomènes non pas à la leucocytose post-opératoire, mais bien à l'ablation même du corps thyroïde. Il y a donc un rapport évident entre la cachexie strumiprive et les modifications des leucocytes. E. MOSNY.

BENEKE. Die Fettresorption bei..... (La résorption de la graisse dans l'embolie graisseuse naturelle et artificielle et dans les états connexes) (*Ziegler's Beitr. zur path. Anat., XXII, p. 343*).

Un corps étranger insoluble, mobile, mais pouvant devenir fixe dans certaines circonstances, peu irritant et mis en contact avec un endothélium distendu et est éventuellement environné de cellules migratices à des extrémités libres. Sa résorption pourra avoir lieu en partie par transformation chimique avec formation de produits solubles, mélangeables directement au sang ou à la lymphe ou pris par les cellules, voisines en partie par pénétration corpusculaire dans les tissus, avec ou sans absorption directe par les cellules voisines. C'est là ce que tend à prouver le travail de l'auteur. C. LUZET.

Lucien LAMACQ. Ligature expérimentale du canal cholédoque chez le chien (*Arch de méd. exp. IX, p. 1135*).

La ligature simple n'arrêtant pas complètement le cours de la bile et n'empêchant pas l'infection ascendante doit être rejetée. Il faut faire la section aseptique du cholédoque entre deux ligatures.

Autour des espaces portes se forment des foyers de nécrose ; entre les cellules hépatiques vitrifiées se voit le réseau des capillaires sanguins. Il n'y a pas d'infiltration embryonnaire ni dans les foyers de nécrose, ni à leur périphérie, lorqu'il n'y a pas infection microbienne. Il n'y a donc pas de développement du tissu conjonctif, on observe pas de néocanalicules biliaires. Les thromboses veineuses ne se voient que s'il y a infection.

Les figures karyokinétiques se retrouvent dans les cellules des canalicules biliaires, mais non dans les noyaux des cellules hépatiques.

L'action chimique de la bile sur ces foyers de nécrose parait incontestable. H. BOURGES.

RAMOND. Pathogénie des cirrhoses du foie (*Presse méd., avril 1897*).

En injectant à des cobayes une dilution de matières fécales empruntées à un homme sain, Ramond a apprécié la toxicité de ces matières; cette toxicité n'a pas augmenté et la virulence du coli-bacille n'a pas été exaltée lorsque cet homme a bu en 24 heures 3 litres de vin. Ce n'est donc pas au catarrhe d'origine alcoolique, exaltant la virulence des bacilles intestinaux, qu'il faudrait attribuer la cirrhose si elle se produisait chez cette homme.

L'ingestion du pain arrosé d'alcool et l'ingestion de toxines colibacillaires a produit, chez les rats soumis à l'expérience pendant plusieurs mois, des lésions cellulaires, pas de cirrhose du foie. Il aurait fallu des années pour provoquer cette cirrhose.

La recherche du coefficient urotoxique, chez l'homme soumis à l'ingestion de l'alcool, montre que ce poison entrave le pouvoir anti-toxique de la cellule hépatique. Donc, les toxines intestinales ajoutent leur action à celle de l'alcool : de là la cirrhose. L. GALLIARD.

A. ROVIGHI. Contribuzione allo studio delle epatiti da autointossicazione intestinale (*Il Morgagni, p. 666, oct. 1897*).

L'auteur a observé 6 cas de cirrhose chez des sujets qui n'étaient ni alcooliques, ni paludéens, ni syphilitiques, mais qui avaient dans leurs antécédents des troubles graves et persistants des fonctions intestinales et particulièrement une constipation rebelle. Il a été amené à rechercher l'action des poisons intestinaux sur le foie.

A l'examen d'animaux intoxiqués d'une façon aiguë par l'indol et le scatol, il a trouvé une dilatation considérable des vaisseaux portes et de la veine centrale du lobule; dans les empoisonnements lents, surtout avec l'indol, il a constaté une altération du protoplasma des cellules hépatiques qui est plus granuleux, avec le noyau tuméfié ou double, une légère infiltration conjonctive autour des vaisseaux et dans les espaces intercellulaires, une accumulation de granulations jaunâtres dans les épithéliums des canalicules du rein.

Dans l'empoisonnement expérimental par le phénol, sous la forme aiguë, il a constaté une congestion considérable des vaisseaux du foie et, sous la forme chronique, de légères altérations du protoplasma des cellules hépatiques, un épaississement des parois des veines périlobulaires avec légère infiltration d'éléments connectifs. G. THIBIERGE.

FRANK. Pathological histology of intestinal end-to-end approximation (*Med. Record, 18 sept. 1897*).

F. a étudié l'histologie pathologique des sutures bout à bout de l'intestin faites chez des chiens, avec son enteroplex en os décalcifié. Ces examens microscopiques furent pratiqués au bout de laps de temps variant de 10 à 90 jours et même après 11 mois. Dans tous les spécimens examinés, la muqueuse était en entropion, condition purement passive, due certainement à la contraction de la couche située sous le tissu de cicatrice. La muqueuse était entièrement régénérée. La sous-muqueuse était devenue plus vasculaire et plus dense aux points d'union, sans autres changements. Quant à la musculaire, on n'y vit jamais de restitution ou de végétation des tissus; il existait bien une certaine prolifération de cellules musculaires, tentative de régénération, mais le tissu connectif comblait si rapidement les intervalles intercellulaires, qu'il empêchait absolument les délicates structures de prendre corps. La couche séreuse était toujours parfaitement unie et intimement appliquée sur la musculaire.

Relativement à l'histologie de la musculaire, le résultat de ces recherches diffère de ceux obtenus par d'autres, par Hektoen par exemple, qui, dans son rapport sur l'enteroplex de Murphy dit qu'après 30 jours la couche musculaire longitudinale est complètement restaurée, la musculaire transverse complètement unie par du tissu connectif et qu'après 60 jours les couches musculaires longitudinale et transversale sont continues et ne peuvent plus être distinguées de celles de l'intestin normal, si ce n'est qu'elles contiennent quelques espaces (vaisseaux sanguins) et des traces de tissu fibreux. CART.

BEGOUIN. De l'influence des sections du mésentère sur la vitalité de l'intestin grêle (*Arch. de physiol., X, p. 39*).

1° La section des parties du mésentère comprises entre les faisceaux vasculo-nerveux crée des orifices et des adhérences sans action directe sur la nutrition mais pouvant prédisposer à l'étranglement interne.

2° La section des faisceaux vasculo-nerveux peut amener la gangrène des parties del'intestin auxquelles ils se distribuent, bien plus par interruption de la circulation que par troubles nerveux. Si la section est faite assez loin du bord de l'intestin (3 à 4 centimètres) pour respecter la ligne des anses anastomotiques qui suit ce bord, il n'y a pas de sphacèle pour des longueurs d'intestin de 10 à 30 centimètres de longueur. Si la section est faite au ras du bord intestinal, le sphacèle est à redouter pour des longueurs d'intestin de 5 centimètres. La simple ligature des vaisseaux est moins dangereuse. Les bords des plaies du mésentère doivent toujours être suturées. DASTRE.

FERRIO et BOSIO. Alterazioni renali nell' occlusione intestinale (*Lo Sperimentale, LI, p. 171*).

L'occlusion artificielle de la dernière portion de l'intestin chez le cobaye produit une dégénération de l'épithélium sécréteur des reins, l'appareil glomérulaire restant intact. Ces altérations doivent être considérées comme d'origine toxique, l'invasion bactérienne du rein et des voies urinaires étant un phénomène tardif et secondaire, dans le développement de la maladie provoquée expérimentalement. C. LUZET.

A. VELICH. Ueber die Einwirkung der örtlichen Application..... (Des effets de l'application locale de l'extrait de capsules surrénales sur les vaisseaux sanguins de la peau de l'homme) (*Wiener med. Blätter, 11 nov. 1897*).

Appliqué localement, l'extrait de capsules surrénales détermine une vaso-constriction, une anémie non seulement des muqueuses saines (conjonctive, muqueuse nasale) ou malades (granulations trachomateuses), mais encore de la peau à travers l'épiderme intact. On peut ainsi faire pâlir un eczéma, y dessiner en blanc des lettres, faire disparaître en quelques minutes la rougeur d'un intertrigo ou d'une brûlure au second degré. Mais pour obtenir cette anémie de la peau, il faut que l'appareil

vaso-constricteur périphérique soit intact et ne soit pas paralysé, comme cela est le cas dans les hyperémies cutanées ou muqueuses anciennes.

LEFLAIVE.

C. SACERDOTTI et D. OTTOLENGHI. Sur les altérations des éléments nerveux dans la dyscrasie urémique expérimentale (*Arch. ital. de biol.*, *XXVII*, *p. 36*).

La ligature des deux uretères ou la néphrectomie bilatérale provoquent dans les centres nerveux, des lésions facilement observables avec la méthode de Golgi, lésions caractérisées par une atrophie variqueuse des dendrites des cellules ganglionnaires, tandis que le prolongement nerveux se présente d'ordinaire inaltéré. En outre, la névroglie participe, elle aussi, à l'altération par la dégénérescence variqueuse des prolongements des cellules. Relativement à la distribution des lésions, voici quel est l'état de choses : les éléments dégénérés sont très diffus dans toute l'écorce cérébrale et appartiennent aux diverses catégories de cellules; les cellules altérées sont abondantes dans le grand pied d'Hippocampe, quoique moins que dans l'écorce; dans le cervelet les cellules nerveuses de la couche moléculaire, présentent des dégénérations. Enfin, la névroglie est plus ou moins altérée partout. DASTRE.

MONARI. Ricerche batteriologiche sul sangue di animali resi sperimentalmente urinemici (*Lo Sperimentale, LI*, *p. 259*).

Chez les animaux rendus artificiellement urinémiques, il se développe fréquemment une microbiémie d'origine intestinale; qui trouve la raison de son développement dans les altérations des éléments histologiques de l'intestin, provoquées par l'action des substances toxiques qu'il est contraint d'éliminer à la place des reins. Mais cette microbiémie est sans influence aucune sur le développement, sur le degré, ni sur les caractères des phénomènes urinémiques. C. LUZET.

C. PARASCANDOLO. Recherches histo-pathologiques sur l'état des centres nerveux dans la commotion thoracique et abdominale expérimentales (*Arch. de physiol.*, *X*, *p. 188*).

La commotion, considérée par les chirurgiens, est nerveuse (cérébrale et spinale) ou thoracique et abdominale. C'est de celle-là que s'occupe l'auteur. Un cobaye étendu sans point d'appui, reçoit un coup de règle sur le thorax ou sur l'abdomen à travers une planchette de bois interposée. L'animal meurt au bout de 1 heure, de 36 heures, de 48 heures, 72 heures. On étudie les centres nerveux par les méthodes de Golgi, Marchi, Nissl. On trouve les altérations suivantes : déformation du corps de la cellule, mais jamais jusqu'à l'atrophie; gonflement en chapelet et fragmentation des prolongements protoplasmiques. De plus, dégénération graisseuse de la myéline, plus ou moins étendue. Chromatolyse. Raréfaction, vacuolisation du protoplasme. Néanmoins ces altérations ne donnent pas une explication suffisante de la mort, surtout lorsqu'elle est rapide. DASTRE.

DUPLAY et LAMY. Cicatrisation des artères à la suite de la ligature dans la continuité (*Arch. gén. de méd., nov. 1897*).

L'asepsie opératoire, dans la ligature des artères, conduit à la cicatrisation dans des conditions totalement différentes de celles qui ont été enseignées dans la première moitié du siècle. On croyait à la nécessité du caillot oblitérant destiné à s'organiser, à l'élimination du fil. Des recherches portant sur deux séries parallèles de ligatures, rigoureusement aseptiques d'une part, et de ligatures pratiquées à l'aide d'un fil infecté d'autre part montrent qu'il existe des différences radicales dans les deux cas. Seules, les ligatures septiques donnent naissance d'une façon constante au caillot oblitérant remontant jusqu'à la première collatérale. Les ligatures aseptiques sont suivies de la cicatrisation par première intention des tuniques sectionnées; elles donnent lieu parfois à des coagulations insignifiantes, microscopiques. Le chirurgien n'a donc pas à se préoccuper des collatérales dans le lieu d'élection de la ligature, si celle-ci est bien aseptique. H. L.

Leopold CASPER. Experimentelle Untersuchungen über die Prostata mit Rücksicht auf die modernen Behandlungsmethoden der Prostatahypertrophie (*Berlin. klin. Woch., 5 juill. 1897*).

Expériences faites sur des lapins et des chiens, avec cette précaution qu'autant que possible, l'animal servant de témoin fût de la même portée, car chez les animaux, comme chez l'homme, la structure de la prostate varie beaucoup avec l'âge.

La castration double pratiquée sur 3 chiens et autant de lapins a toujours amené une atrophie de la prostate.

La section des deux canaux déférents (avec excision d'un fragment pour se garantir contre une ressoudure des deux bouts sectionnés), pratiquée sur 1 chien et sur 2 lapins, n'a entraîné l'atrophie de la prostate que chez le chien, les testicules étant d'ailleurs encore intacts au bout de 4 mois. L'atrophie de la prostate a été un peu plus lente qu'à la suite de la double castration.

La castration unilatérale faite sur un chien, l'excision d'un seul canal déférent faite sur un autre et l'alimentation avec la substance prostatique (prostadène) administrée à 3 chiens n'ont eu aucune action sur la prostate.

Comme il résulte de ces expériences que l'atrophie de la prostate n'est pas la conséquence de celle du testicule, Casper ne voit d'autre explication possible que celle de Przewalski : la section simultanée des nerfs de Cowper. Casper avertit que ses résultats expérimentaux ne préjugent nullement son opinion sur la valeur de ces opérations chez l'homme; bien qu'il ait déjà pratiqué 18 fois soit la castration, soit l'excision des canaux déférents pour hypertrophies de la prostate, il ne se permet pas encore d'exprimer un jugement définitif. J. B.

G. BORN. Ueber Verwachsungsversuche mit Amphibienlarven (*Leipsig, 1897*).

Born s'est servi, pour ses expériences, de jeunes larves de grenouilles, de 3 millimètres de long, dont le tube médullaire venait de se fermer et dont le bourgeon caudal commençait à pousser. Ce sont celles de la première période du frai (milieu de mai) de la grenouille comestible qui se prêtent le mieux à l'expérimentation. Toutes les manipulations nécessaires sont effectuées dans la solution salée physiologique. Les surfaces de section des 2 larves qu'on désire souder ensemble, sont juxtaposées et maintenues rapprochées par un fil d'argent long de 1 centimètre; au bout de 6 ou 8 heures, ou le lendemain, au plus tard, on peut enlever le fil.

Un grand nombre des larves déjà soudées périt; beaucoup succombent le 2e ou le 3e jour en raison des traumatismes opératoires; beaucoup aussi, du 20e au 30e jour, lorsque la provision du vitellus étant consommée, la circulation s'établit et le besoin de nourriture doit être satisfait. Pour remplir ce desideratum, on retire les animaux de la solution salée pour les mettre dans de l'eau pure qu'on aère largement et qu'on pourvoit d'algues et de viande triturée. Les larves soudées les plus difficiles à conserver en vie sont celles qui ont deux systèmes nerveux et deux queues, partant deux volontés et deux organes locomoteurs dont les efforts se contrarient.

Dans sa voie expérimentale, Born n'a eu d'autre prédécesseur que Vulpian. Born a commencé par réunir les deux moitiés d'une larve sectionnée en travers et reconnu que la soudure effectuée, ni sur les parois de l'abdomen, ni à son intérieur, on ne distingue plus trace de la section; l'intestin offre ses circonvolutions normales, les gros vaisseaux ne présentent aucune solution de continuité. Il a ensuite uni les deux moitiés de larves sectionnées suivant leur axe longitudinal. Chez l'une d'elles, la section séparait en deux parties l'ébauche de l'un des yeux; il s'est développé de ce côté deux cristallins. Puis Born a réuni deux moitiés de deux larves; dans l'animal fusionné le segment antérieur commande parfaitement les mouvements de la queue. Fait curieux, les extrémités des deux notocordes unies se soudent angulairement, ce qui tient sans doute à leur dureté relativement considérable. Born a réalisé successivement les fusions suivantes: A) Entre larves d'une même espèce: *a*) soudure de la moitié postérieure d'une larve avec la moitié antérieure d'une autre; *b*) soudure de deux larves par leur face ventrale; *c*) soudure de la moitié postérieure d'une larve sur le ventre d'une autre larve; *d*) soudure de la moitié antérieure d'une larve sur la face ventrale de l'autre; *e*) soudure des moitiés postérieures de deux larves; *f*) soudure de deux larves par leurs têtes; *g*) soudure des moitiés antérieures de deux larves.

B) Entre larves d'espèces ou de genres différents: *a*) soudure par le côté ventral; *b*) soudure de la moitié postérieure d'une larve au ventre d'une autre larve; *c*) soudure de la moitié antérieure d'une larve avec la moitié postérieure d'une autre; *d*) soudure par les têtes.

Une fois leur métamorphose opérée, les jeunes grenouilles ne décèlent en rien leur nature hybride. Quand l'animal fusionné possède 2 cœurs,

ceux-ci ont des battements qui ne sont ni isochrones ni synchrones. D'autre part, les deux moitiés sectionnées d'un cœur s'unissent pour former un cœur unique.

Sur 2 larves de pelobastes fuscus dont les mouvements vigoureux eussent compromis la soudure, Born a pratiqué des incisions dans la moelle cervicale afin de paralyser les animaux ; une fois la soudure effectuée non seulement le microscope ne révélait pas le moindre vestige des incisions, mais la motilité et la sensibilité étaient absolument entières. J. B.

PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

A. PLOTTIER. Recherches sur le passage de quelques substances médicamenteuses de la mère au fœtus (*Travaux du laborat. de thérap. gén. de Prevost, Genève, 1896*).

Les substances solubles présentant des réactions sensibles et qui sont facilement retrouvées dans l'urine après leur diffusion dans l'organisme, passent également dans le fœtus quand on les administre à la mère à doses suffisantes. Les résultats obtenus avec un produit déterminé peuvent s'appliquer dans la généralité des cas, aux corps présentant des propriétés chimiques analogues ou faisant partie du même groupe. Le chlorate de potasse, le bromure et l'iodure de potassium, l'arsenic, l'oxyde de carbone, le lithium, le mercure, l'alcool, le phénol, le salicylate de soude, l'antipyrine et la morphine ont été retrouvés dans le fœtus lorsque les doses administrées à la mère ont été assez élevées. Le strontium n'a pu être décélé ni dans le tissu fœtal ni dans les eaux de l'amnios ; et pour la quinine, le résultat est resté douteux.

Les substances à réactions très sensibles, administrées par voie sous-cutanée en quantité suffisante, passent dans le liquide amniotique et peuvent y être décélées par l'analyse. P. a obtenu des résultats positifs avec les corps suivants : chlorate de potasse, iodure et bromure de potassium, lithium, alcool, phénol et salicylate de soude. Par contre, la recherche analytique du strontium, du mercure et de la quinine dans les eaux de l'amnios n'a pas donné de résultat. En ce qui concerne la morphine, son passage ne paraît pas démontré. PAUL TISSIER.

M. LANNOIS et E. BRIAU. Passage de substances du fœtus à la mère (*Lyon méd., 6 mars 1898*).

Les substances injectées directement au fœtus, salicylate de soude, KI, bleu de méthylène, traversent le placenta et peuvent être retrouvées dans les tissus et l'urine de la mère. Ces expériences prouvent que les produits excrémentitiels du fœtus traversent le placenta pour être éliminés par l'organisme maternel.

Dans le cas d'insuffisance rénale, ces produits de déchet de la vie du fœtus peuvent contribuer pour une part à l'auto-intoxication maternelle et par suite jouer un rôle dans les accidents de l'albuminurie gravidique. A. C.

Frederic BATTELLI. Influence des médicaments sur les mouvements de l'estomac (*Travaux du laborat. de thérap. gén. de Prevost, Genève, 1896*).

B. a étudié l'action sur les mouvements de l'estomac de nombreuses substances. Celles-ci, à ce point de vue, peuvent se diviser en plusieurs groupes :

1° Substances excitant les parois de l'estomac ; *a*) très énergiquement : muscarine, pilocarpine, physostigmine ; *b*) moins énergiquement quoique à un degré notable : nicotine, quinine, cocaïne, digitale, cornutine et ergot de seigle, caféine, alcool, morphine (première phase), peptone ; cette dernière substance agissant seulement par injection intraveineuse et ayant un effet passager ; *c*) faiblement : tartre stibié, cytisine, émétine, sulfate de zinc, sulfate de cuivre, arsenic, chloroforme et éther en inhalations (première phase) et les suivantes n'agissant que si elles sont mises directement en contact avec la muqueuse gastrique : cannelle, girofle, orexine, amers, acide chlorhydrique, eau chaude, eau salée ;

2° Substances sans action sur les mouvements de l'estomac : purgatifs (acide cathartique, séné, coloquinte, eau-de-vie allemande), hydrastis canadensis, strychnine, pepsine, apomorphine.

3° Substances diminuant la contractilité de l'estomac ; *a*) faiblement : curare, inhalations de vapeurs de chloroforme ou d'éther (seconde phase), morphine (seconde phase), acide cyanhydrique, vératrine, hélléboréine de Merk, eau froide, accumulation d'acide carbonique dans le sang (asphyxie) ; *b*) fortement et abolissant même ses mouvements : chloral et surtout atropine. L'atropine peut produire cette abolition des mouvements même lorsqu'ils ont été énergiquement provoqués par une substance qui les sollicite (pilocarpine, muscarine) ;

4° Substances abolissant les contractions rythmiques de l'estomac, les parois de l'organe se contractant en masse d'une manière énergique : ingestion d'éther ou de chloroforme dans la cavité stomacale. L'atropine ne peut pas diminuer le tonus gastrique élevé par l'introduction de ces substances dans l'estomac.

Innervation de l'estomac. Il existe dans le nerf vague deux espèces de fibres ; les fibres motrices et les fibres inhibitrices. Elles proviennent toutes deux de la branche interne du spinal : les fibres propres du pneumogastrique n'en contiennent pas.

A) L'excitabilité des nerfs vagues sur l'estomac peut être modifiée de diverses façons. *a*) Elle est augmentée par : la vératrine, la physostigmine, l'élléboréine, la caféine, la nicotine (faible dose), l'acide cyanhydrique (faible dose). *b*) Elle est diminuée par : le chloral, le curare, l'acide cyanhydrique (haute dose), la nicotine (haute dose), les sulfates de zinc et de cuivre. *c*) Elle est abolie par : l'atropine et à un moindre degré par la cocaïne, qui paralysent les fibres motrices tout en respectant les fibres inhibitrices. *d*) Elle est également abolie par un jeûne prolongé dont la durée varie selon l'espèce animale. Lorsque la nourriture est reprise,

l'excitabilité du vague ne se rétablit qu'au bout de quelques heures, à une époque assez avancée de la digestion. Avant le stade de paralysie, on observe une augmentation de l'excitation latente; puis lorsque l'excitabilité motrice est perdue, apparait une excitabilité inhibitrice.

B). Les fibres inhibitrices du vague sont excitées par la pilocarpine.

C). L'excitabilité motrice du vague gauche est en général supérieure à celle du vague droit. Tandis que, au contraire, l'excitabilité inhibitrice du vague droit est supérieure, en général, à celle du vague gauche.

D). L'action du nerf splanchnique sur les mouvements de l'estomac n'est pas constamment la même. Le plus souvent ce nerf est franchement inhibiteur, mais quelquefois il excite légèrement les contractions stomacales et d'autres fois il paraît être sans action sur les mouvements de l'estomac.

E). Par la galvanisation simultanée du splanchnique et du vague, l'excitabilité motrice de ce dernier est en général beaucoup diminuée, quelquefois même complètement abolie.

F). Les fibres du sphanchnique paraissent être paralysées en totalité par l'atropine. PAUL TISSIER.

BAGINSKY et SOMMERFELD. Ueber Ausnutzung d. Eucasin bei Kindern (Emploi de l'eucasine chez l'enfant (*Therap. Monats., p. 516, oct. 1897*).

L'emploi de l'eucasine ne provoque aucun trouble digestif immédiat ou éloigné. L'excrétion azotée est légèrement accrue, celle d'acide urique diminuée. L'eucasine est bien tolérée et utilisée par l'organisme de l'enfant, au moins aussi bien que les autres corps albuminoïdes (albumine de viande ou d'œuf). PAUL TISSIER.

E. ROSS. Sur la ferrosomatose (*Therap. Monats., p. 488, 1897*).

La ferrosomatose guérit rapidement l'anémie et la chlorose sans qu'il soit nécessaire de modifier la vie ni le régime. Elle s'emploie à la dose de 5 à 10 grammes.

Au delà de 5 grammes elle donne assez souvent des selles plus faciles et même de la diarrhée. PAUL TISSIER.

KUNKEL. Zur Frage der Eisenresorption (*Berlin. klin. Woch., p. 789, 6 sept. 1897*).

Kunkel ayant, par ses expériences antérieures, démontré que les préparations ferrugineuses minérales sont absorbées et déposées dans le foie, il lui restait à rechercher si ce fer d'origine minérale, une fois dans l'organisme, est apte à former de l'hémoglobine. A cet effet, il a nourri de jeunes chiens, en voie de croissance, exclusivement avec du lait, aliment des plus pauvres en fer, et, en même temps, il leur pratiquait, à intervalles déterminés, des saignées aussi copieuses que l'animal pouvait les supporter. Il arrivait ainsi à soustraire davantage de fer à l'organisme de ces chiens que leur alimentation ne leur en fournissait, car le sang des saignées s'appauvrissait de plus en plus sous ce rapport. A ce moment,

il faisait ingérer aux animaux du fer minéral et constatait dès lors que malgré la continuation des saignées, la teneur en fer du sang, loin de s'abaisser davantage, augmentait notablement, ce qui prouvait bien que ce fer était non seulement absorbé mais, en outre, servait à faire de l'hémoglobine. J. B.

P. MARFORI. Recherches pharmacologiques sur le groupe des acides dioxybenzoïques et des aldéhydes correspondantes (*Arch. ital. de biol., XXVIII, p. 139*).

L'acide protocatéchique est éliminé avec l'urine en partie inaltéré, en partie comme éther sulfurique, une petite portion est transformée en acides carbonique et pyrocatéchique. L'action sur l'organisme est peu marquée : les lapins en supportent des doses de 3 à 4 grammes. L'aldéhyde protocatéchique est isomère à l'acide salicylique ($C7H^6O^3$), elle s'oxyde dans l'organisme et on a les mêmes résultats qu'avec le corps précédent. Son administration par ingestion est sans effet ; par injection elle produit tremblement, troubles de motilité, parésie, abaissement de température. L'acide vanillique ou monométhyl protocatéchique est tout à fait indifférent : il passe dans l'urine en partie inaltéré, et partie comme éther sulfurique. La vanilline ou aldéhyde monométhyl protocatéchique est oxydée dans l'organisme à l'état d'acide vanillique : une très petite partie ou nulle, passerait inaltérée dans l'urine ; elle est inactive. On en peut dire autant de l'acide isovanillique et de l'isovanilline ; de même de l'acide vératrique ou diméthyl protocatéchique éliminé en nature, et de la méthyl vanilline. L'action antiseptique de tous ces corps est nulle ; leur action antipyrétique, de même ; injectées dans le sang, l'aldéhyde protocatéchique et la méthylvanilline produisent une légère excitation et paralysie motrice ; la méthylvanilline une action légèrement hypnotique. DASTRE.

G. SCHWERSENSKI. Validol, médicament analeptique et antihystérique (*Therap. Monats., p. 604, 1897*).

Le validol est une combinaison de menthol et d'acide valérianique ; c'est un liquide incolore, transparent, de la consistance de la glycérine, d'odeur agréable et fraîche, de saveur légèrement amère. Il n'est pas irritant comme le menthol et a une action plus stimulante. Il peut se donner par l'estomac, en inhalations, en application cutanée. A la dose de 10 à 15 gouttes, c'est un stimulant énergique. Il agit mieux que tous les autres médicaments comme anti-hystérique. C'est un bon stomachique et un carminatif. En inhalation ou en badigeonnage, il agit aussi bien que le menthol, et sans irriter, dans les catarrhes des voies aériennes supérieures. PAUL TISSIER.

Zoltan v. VAMOSSY et Béla FENGVESSY. Sur la phésine et la cosaprine (*Therap. Monats., p. 428, 1897*).

La phésine est un sulfo-dérivé de la phénacétine, la cosaprine celui de l'antifébrine. Elles se présentent sous forme de poudre amorphe, sans

odeur, à goût légèrement salé, très soluble dans l'eau, la première brun-rougeâtre, la seconde gris-blanchâtre.

Elles ont une action antipyrétique intense; elles ont sur la phénacétine et l'antifébrine l'avantage d'être très facilement solubles dans l'eau, ce qui permet même leur emploi en injection sous-cutanée; d'avoir une action très rapide; de ne provoquer aucun symptôme secondaire. Leur inconvénient est la rapidité avec laquelle s'épuise leur action. PAUL TISSIER.

EBERSON. La péronine comme sédatif (*Therap. Monats., p. 591, nov. 1897*).

La péronine, chlorhydrate de benzylmorphine, est un médicament calmant la toux, capable de remplacer avantageusement la morphine. Il amène la guérison rapide dans la bronchite aiguë. Dans la bronchite chronique, dans la tuberculose pulmonaire, son action utile est rapide et sûre : dimimution de la toux, sommeil calme, expectoration plus facile.

Elle n'a aucune action fâcheuse sur le cœur et l'appareil digestif, malgré une administration prolongée. Dans ce cas on ne voit survenir aucun symptôme d'intoxication ; dans un cas seulement, chez un enfant de 4 ans, elle provoqua de la somnolence.

La péronine soulage la toux hystérique et les quintes de coqueluche.

PAUL TISSIER.

E. SCHREIBER. Ueber Kryofin (*Deutsche med. Woch., suppl., 4 nov. 1897*)

La kryofine s'est montrée d'une manière générale un antipyrétique sûr et un antinévralgique efficace. L'abaissement de la fièvre a lieu progressivement en 2 à 3 heures et s'accompagne d'une euphorie manifeste. Un seul cas de fièvre à 42° chez un phtisique n'a pas été influencé par une dose de 0,75. La dose habituelle est de 0,50 à 1 gramme par jour. Comme antinévralgique, elle réussit surtout contre la céphalée, même contre les céphalées urémiques et syphilitiques. Elle a échoué dans la lithiase biliaire et la névralgie du trijumeau. La kryofine s'est toujours montrée ausi efficace que l'antipyrine. Il ne faut pas l'employer chez les malades affaiblis, elle peut amener un collapsus grave. La kryofine n'a pas d'influence sur la diurèse ; les urines ne présentent ni albumine, ni sucre, elles sont colorées en rouge plus ou moins foncé et cette couleur ne disparaît pas par les moyens habituels : chloroforme, éther, benzine, etc. La kryofine se montre dans l'urine au bout de 15 à 20 minutes et disparaît en général au bout de 4 heures. On peut la déceler par le perchlorure de fer qui donne une coloration brun-rouge. L'urine qui renferme de la kryofine présente les réactions de la phénétidine et de l'amido-phénol. H. DE BRINON.

SCHREIBER et WALDVOGEL. Ueber Sanose (La sanose, nouvelle préparation d'albumine (*Deutsche med. Woch., suppl., 7 oct. 1897*).

La sanose est un mélange de 80 0/0 de caséine et 20 0/0 d'albumine. Le mélange d'albumine à la caséine dans la proportion de 1/5 a pour

résultat de donner par la cuisson dans l'eau une émulsion qui ressemble au lait tandis que la caséine seule forme dans ces conditions une masse épaisse filante. C'est sans doute à la présence d'une petite quantité de substance analogue à l'albumine de l'œuf que le lait doit sa propriété de supporter l'ébullition sans que la caséine se sépare, c'est aussi la présence de cette substance qui explique la digestibilité du lait.

La sanose est une poudre blanche sans goût et sans odeur; on la prend dans le lait avec du cacao (20 0/0), dans les potages de légumes et les aliments apprêtés à la farine. Associée avec la nutrose, elle forme un aliment d'un goût agréable auquel il suffirait d'ajouter une graisse facilement résorbable pour obtenir un aliment complet. Incorporée dans le pain, dans la proportion de 20 à 30 0/0, elle convient aux néphritiques, à la diathèse urique, au diabète. Les analyses d'urines montrent chez les malades qui prennent de la sanose une augmentation de l'excrétion d'azote et d'acide phosphorique; dans la plupart des cas, l'acide urique ne change pas. Les malades, anémiques, phtisiques, convalescents de fièvre typhoïde ont supporté cet aliment pendant 3 semaines sans aucun inconvénient. L'administration en lavement a été essayé; mais les résultats ne sont pas encore établis. H. DE BRINON.

J. ALEXANDROW. Sur la valeur antiseptique de l'acide lactique (*Arch. russes de pathol.*, *31 déc. 1897*).

L'acide lactique est dénué de propriétés antiseptiques sérieuses. En effet, la solution de 12,23 0/0 tue le coli-bacille et le staphyl. doré au bout d'une heure, tandis que la solution à 6,11 0/0 n'arrête leur développement (sans les tuer) qu'au bout de 6 heures; la solution à 1,22 0/0 et à 0,61 0/0 ne les tuent qu'en 48 heures. Les résultats sont analogues quand on expérimente sur le streptocoque pyogène ou provenant d'un érisypèle.

H. FRENKEL.

P.-J. EICHHOFF. Ueber Captol (*Deutsche med. Woch.*, *p. 68*, *suppl. 7 oct. 1897*).

Le captol est une combinaison de chloraï et de tanin, c'est une poudre brune, hygroscopique, se dissolvant mal dans l'eau froide, facilement dans l'eau chaude et l'alcool; inattaqué par les acides, il est décomposé par les alcalis; chauffé avec l'aniline et la lessive de soudé, il donne une réaction intense d'isonitril. Employé en solution alcoolique à 1 0/0, chez les malades qui ont de la séborrhée, du pityriasis et de la chute des cheveux, il guérit rapidement et sans aucun désagrément pour les malades. H. DE BRINON.

MERMET et SCRINI. Absorption du curare par l'œil (*Soc. de biol.*, *2 oct. 1897*).

L'absorption du curare par la conjonctive est nulle ou trop faible pour amener de résultats. L'injection sous-conjonctivale est toxique à faible dose. Injecté dans le globe oculaire il est absorbé lentement. La néphrectomie, la ligature des uretères, accroissent du simple au double la toxicité curarique. DASTRE.

BRAUER. Der Einfluss des Quecksilbers..... (Action du mercure sur le système nerveux du lapin) (*Deut. Zeitschr. f. Nervenh.*, *XII*, *p. 1*).

Chez des lapins sains, B. provoque par des injections sous-cutanées ou intraveineuses, principalement d'hyposulfite double de mercure et de potasse, une intoxication mercurielle aiguë ou subaiguë (quelques semaines) déterminant des altérations du système nerveux.

Il n'y a de signes cliniques que si l'on réussit à faire passer en peu de temps une grande quantité de mercure dans le système circulatoire. Dans l'intoxication aiguë, la mort s'accompagne d'une paralysie flasque et est précédée d'une période d'irritation intense. Dans l'intoxication subaiguë, on note successivement de l'exagération des réflexes, une paralysie flasque et une ataxie musculaire très marquée. Ces symptômes relèvent d'un trouble fonctionnel des centres et peuvent difficilement être attribués aux lésions toxiques du système nerveux périphérique. Les cas d'intoxication lente sont d'une interprétation plus difficile puisqu'ils s'accompagnent de bonne heure de lésions profondes des reins et de l'intestin, pouvant expliquer les symptômes observés.

Au point de vue anatomopathologique, B. a surtout examiné les nerfs périphériques et les cellules des cornes antérieures de la moelle. Ces dernières seules sont lésées; et, au Nissl, on trouve soit une chromatolyse périphérique ou périnucléaire, soit un ratatinement de la cellule avec fusion en un bloc des éléments chromatophiles. Ces lésions cellulaires sont sans doute provoquées directement par le métal et paraissent indépendantes de l'intoxication urémique ou des phénomènes cachectiques concomitants. Pas de lésions des fibres blanches de la moelle ni des racines médullaires.

L'intensité des lésions nerveuses est en rapport direct avec l'intensité des symptômes nerveux observés. E. LANTZENBERG.

H. GUTH. La chélidonine en pratique (*Therap. Monats.*, *p. 515*, *oct. 1897*).

Le sulfate de chélidonine donné à la dose de 0,05 à 0,3 n'a fourni aucun résultat utile. Dans aucun cas, il n'a d'action narcosante ou analgésique. On a noté seulement 2 fois de la sialorrhée et des nausées. PAUL TISSIER.

LE DANTEC, BOYÉ et BÉRÉNI. Étude des flèches empoisonnées du haut Dahomey (*Arch. de méd. navale*, *p. 401*, *déc. 1897*).

Les substances toxiques le plus ordinairement employées proviennent de quelque variété de strophantus : le poison est préparé avec les graines sous forme d'extrait aqueux. Chez l'homme, les accidents surviennent 8 ou 10 minutes après la pénétration de la flèche dans les tissus : la mort survient vers la treizième minute.

Les prétendus antidotes indigènes n'ont montré aucune efficacité : dans le cas de blessure il faut placer une ligature sur le membre atteint et laver la plaie avec une solution d'acide tannique, ou une décoction d'une écorce riche en tanin.

Les poulets jouissent d'une certaine immunité vis-à-vis de l'empoison-

nement strophantique; le sérum de poulet jouit vis-à-vis de l'empoisonnement strophantique de propriétés préventives et antitoxiques assez marquées, mais ses propriétés thérapeutiques sont à peu près nulles.

P. MAUBRAC.

PRODHON. Des troubles intellectuels dans l'intoxication par le sulfure de carbone (*Thèse de Paris, 1897*).

Laissant de côté les troubles nerveux, l'auteur joint 4 observations personnelles à un grand nombre d'autres résumées des auteurs, et conclut que l'intoxication sulfo-carbonée produit des troubles intellectuels caractérisés par l'ivresse, un délire aigu lui succédant rapidement et brusquement. L'intoxication n'agit que comme agent provocateur chez des prédisposés. La durée est variable, au maximum 2 ans, mais on peut observer la démence précoce. P. SOLLIER.

ROLLESTON. Urobilinuria following the administration of trional (*Clinic. Soc. Trans., XXX, p. 125*).

Femme de 57 ans, admise à Saint-George's hospital, pour insuffisance mitrale et dilatation cardiaque. Elle a une apparence cachectique, un teint subictérique, du purpura sur le thorax et l'abdomen; l'urine est foncée en couleur, sans pigment biliaire, sans sucre ni albumine. Foie volumineux, ascite, léger œdème des jambes, râles aux 2 bases.

On donne des stimulants cardiaques, et, comme elle ne dort pas, elle reçoit 20 grains ($1^{gr},20$) de trional les 2, 7 et 8 novembre. Le 9 novembre, l'urine est orange foncé, ressemblant au cherry; on pense à l'hématoporphyrinurie. Au spectroscope, on y constate une bande d'urobiline très marquée. En ajoutant le chlorure de zinc et l'ammoniaque, on obtient la fluorescence. Pas d'hématoporphyrine.

La coloration foncée de l'urine disparaît progressivement les jours suivants. Le 11 novembre, traces d'albumine; mort le 17.

Cœur hypertrophié et dilaté. Foie pesant 60 onces, muscade; pas de cirrhose au microscope. Traces d'infarctus dans les reins; peu de sclérose rénale. L. GALLIARD.

N.-F. WINOGRADOW. Recherches sur les nerfs périphériques dans l'intoxication par l'ergot de seigle (*Mediz. Obozren., oct. 1897*).

Les examens microscopiques portent sur les mêmes 4 cas qui ont servi à Reformatski pour ses examens sur le système nerveux central. W. examina dans un cas le nerf sciatique ; dans l'autre le sciatique, le radial et le cubital; dans le troisième le sciatique, le fémoral, et le musculo-cutané ; dans le quatrième le sciatique, le fémoral, le médian et le cubital. Dans tous ces nerfs, W. a trouvé des lésions interstitielles, notamment de la prolifération du tissu péri et endonévritique, avec épaississement et dégénérescence vitreuse des vaisseaux des nerfs. Du côté du parenchyme, on trouva le plus souvent de l'atrophie simple des fibres nerveuses ; mais dans les nerfs des membres inférieurs, il y a eu de la dégénérescence avec fragmentation de la myéline. En général, les lésions sont d'inégale intensité dans les divers nerfs; elles sont plus prononcées

aux extrémités inférieures qu'aux extrémités supérieures. Des nerfs à fonctions diverses peuvent être frappés à titre égal.

Cette névrite interstitielle proliférative, qui peut être qualifiée de polynévrite serait, d'après W., la lésion primitive qui a commandé les lésions scléreuses des cordons de Burdach trouvées par Reformatski dans les mêmes cas et décrites par ce dernier dans sa thèse. H. FRENKEL.

Fritz ÄMMER. Ein Fall von Wismuthintoxication durch Airol (*Corresp.-Blatt für schweiz. Aerzte*, 15 *août* 1897).

Homme de 39 ans, atteint de carie vertébrale avec abcès par congestion de la cuisse. Injection de 35 grammes d'une émulsion d'airol à 10 0/0 dans parties égales de glycérine et d'eau distillée. Deux jours plus tard, ardeur des lèvres et des gencives, mastication et déglutition douloureuses, céphalée, courbature, inappétence, nausées, constipation, apyréxie. Le 3e jour, tuméfaction considérable des lèvres, odeur putride de la bouche, teinte bleu grisâtre du rebord gingival de la muqueuse du palais. Toute la muqueuse de la lèvre inférieure était couverte de grandes taches de même teinte correspondant aux dents; urines foncées, à sédiment uratique, mais sans albumine.

Les phénomènes d'intoxication persistèrent jusqu'à ce que l'incision de l'abcès eût donné issue au restant d'émulsion d'airol.

Les urines, examinées à partir du 5e jour de l'empoisonnement, ne renfermaient pas de bismuth. D'autre part, ni le pus de l'abcès, ni l'émulsion d'airol, ne contenaient de plomb ou de mercure expliquant la stomatite.

Mais, contrairement à l'huile d'olives, la glycérine employée pour émulsionner l'airol, a la propriété de le dissoudre et de donner lieu à formation d'un composé de bismuth soluble. J. B.

Bernardo FRISCO. Sulla alterazioni del sistema nervoso nell' avvelenamento cronico per mais avariato (*Boll. di Soc. d'Ig. di Palermo*, III).

Les poisons putrides du maïs avarié, de quelque façon qu'ils pénètrent dans l'organisme, sont capables de déterminer l'atrophie variqueuse des éléments anatomiques de la substance corticale du cerveau.

Les prolongements protoplasmatiques étant les premiers à dégénérer (quand la nutrition des centres nerveux est altérée), doivent, comme l'a dit Monti, avoir un rôle physiologique différent de celui des prolongements nerveux.

Il est bien probable que les lésions de la moelle spinale des pellagreux ont une origine centrale. J. B.

LO MONACO. Effets de l'empoisonnement lent par le phosphore sur l'échange matériel (*Arch. ital. de biol.*, XXVIII, *p.* 201, *et Arch. di farm.*, IV, 8).

Le phosphore augmente toujours l'élimination de l'azote, mais très peu chez les animaux à jeun et privés d'eau; les animaux inanitiés résistent mieux que les autres. Plus l'échange matériel est actif, plus les altérations du phosphore sont marquées. DASTRE.

THÉRAPEUTIQUE.

I. — **DOUTRELEPONT. Kurze Mittheilung über die bisherigen Erfahrungen..... (Résultats obtenus avec la nouvelle tuberculine)** (*Deutsche med. Woch.*, *19 août 1897*).

II. — **Bruno LEICK. Ueber die in der medicinischen.....** (*Ibid.*, *p. 539*).

III. — **DE LA CAMP. Zur Behandlung der Lungentuberkulose.....** (*Ibid.*, *p. 541*).

IV. — **Richard MUELLER. Ein Fall von Erkrankung.....** (*Ibid.*, *p. 543*).

V. — **HERZFELD. Das Tuberculinum R.....** (*Ibid.*, *p. 545*).

VI. — **BAUDACH. Verlaäufige Mittheilungen.....** (*Ibid.*, *p. 545*).

VII. — **PETRUSCHKY. Ueber die Behandlung.:...** (*Ibid.*, *p. 620*, *23 sept. 1897*).

VIII. — **SPENGLER. Ein Beitrag zur Tuberkulinbehandlung mit T. R.** (*Ibid.*, *p. 575*, *2 sept. 1897*).

IX. — **REMBOLD. Zur Heilwirkung.....** (*Ibid.*, *p. 581*).

X. — **GERBER et PRANG. Erste Erfahrungen.....** (*Ibid.*, *p. 623*, *23 sept. 1897*).

XI. — **W. VAN HOORN. Ueber das neue Teberkulin T. R.....** (*Ibid.*, *p. 625*).

XII. — **Peter KAATZER. Weitere Beiträge.....** (*Ibid.*, *p. 626*).

I. — Doutrelepont, à Bonn, a traité en 3 mois 15 lupus par la tuberculine T R. 3 présentaient une tuberculose légère des os, presque tous de la tuberculose ganglionnaire. Au lieu de progresser en doublant les doses suivant les indications de Koch, D. augmentait d'abord de 1/500 chaque fois jusqu'à 1/50, puis continuait en augmentant de 1/50 jusqu'à 1 milligramme. Néanmoins plusieurs malades ont présenté une réaction générale assez sérieuse ; la plus haute dose atteinte a été de 4 milligrammes après 38 injections. Un seul malade atteint de carie des os du nez a présenté une réaction locale presque aussi forte qu'avec l'ancienne tuberculine. En général, le poids du corps a augmenté ; pendant les poussées fébriles, on observait une diminution momentanée. Les manifestations lupiques ont été heureusement influencées par le traitement, les ulcères se cicatrisaient rapidement les nodosités fondaient et étaient remplacées par de tissu cicatriciel ; les glandes diminuaient de volume, parfois suppuraient. En somme, la nouvelle tuberculine paraît plus active que l'ancienne par rapport au lupus.

II. — Leick a traité 15 phtisiques pulmonaires dont un compliqué de laryngite au début, tous présentaient des bacilles dans l'expectoration, n'avaient pas de fièvre au début de la cure. Un des malades est mort subitement au bout de 8 jours, plusieurs n'ont passé qu'un temps très court à la clinique, 5 sont encore en traitement. On commençait par 1/500 de milligramme et on redoublait chaque fois la dose sauf contre indica-

tion. La réaction locale ou générale a toujours été insignifiante ; un seul a eu de l'urticaire. Les injections n'ont jamais été portées jusqu'à 20 milligrammes, dose indiquée par Koch. Si les inconvénients ont paru nuls pour les malades, les améliorations ont été si peu sensibles qu'il est difficile de faire la part de l'influence du médicament et de l'influence du régime hospitalier.

III. — A Hambourg-Eppendorf, dans le service de Rumpf, 12 malades phtisiques ont été traités. De la Camp résume ainsi les conclusions :

L'injection est fréquemment le siège d'une infiltration douloureuse qui disparaît lentement et parfois s'abcède. En augmentant lentement les doses, on peut atteindre la dose maxima sans provoquer grande réaction, mais on n'est jamais sûr, même en renouvelaut une dose déjà bien supportée de ne pas provoquer une réaction fébrile à type rémittent ou intermittent. Il arrive que des doses minimes provoquent de la fièvre chez un sujet qui supporte de fortes doses sans aucun trouble, la préparation est donc inconstante. L'immunité annoncée par Koch, après la dose maxima de 20 milligrammes, paraît au moins doutense. La principale supériorité de la nouvelle tuberculine paraît être sa plus grande richesse en principes toxiques. Le traitement peut être essayé dans les formes initiales et très limitées de la tuberculose pulmonaire, mais il est à désirer que le produit devienne plus régulier dans son action.

IV. — Richard Müller, rappelle que l'ancienne tuberculine n'a donné aucun résultat dans le traitement de l'otite tuberculeuse et que plusieurs fois on a remarqué pendant la cure, une poussée tuberculeuse éclatant sur une oreille saine. Il a pu suivre récemment 2 malades soumis à la nouvelle tuberculine, l'un pour phtisie pulmonaire, l'autre pour un lupus : tous les deux présentaient une supuration de l'oreille, antérieure au traitement, qui n'a pas été améliorée et de plus chez l'un d'eux, il s'est produit sur l'oreille saine une poussée de tubercules miliaires qui se sont ramollis en quelques jours et ont donné naissance à du pus renfermant des bacilles spécifiques. La nouvelle tuberculine paraît donc aussi peu active que l'ancienne par rapport aux suppurations de l'oreille.

V. — J. Herzfeld s'occupe de l'action de la T. R., sur la tuberculose laryngée, 9 malades dans le cours de 3 mois ont été traités et ont reçu en tout 145 injections. 1 de ces malades n'avait pas d'affection laryngée, un autre a cessé la cure après la première injection, sur les 7 restants un seul paraît avoir été amélioré, d'autres ont présenté des aggravations dans le cours du traitement. Le traitement total par l'acide lactique paraît rester le moyen le plus efficace et en tous cas, on ne doit pas y renoncer tout en employant la tuberculine.

VI. — Baudach, au sanatorium de Schömberg, a fait chez 20 malades 295 injections, il n'a eu ni abcès, ni réactions générales graves. Il n'a pas noté les différences d'intensité signalées dans les flacons par Bussenius et d'autres. La durée de la cure a varié de 64 à 70 jours, 1 malade s'est soustrait au traitement, 13 n'ont pas fini, 6 ont fait la cure complète. L'ensemble des résultats est satisfaisant ; dans un cas, une fistule rectale qui avait paru au premier abord secréter davantage, a guéri. Au point de vue de la respiration, aucun cas n'a présenté pendant le traitement de foyers nouveaux quelquefois la sécrétion augmentait après les premières

injections puis elle diminuait, 3 fois on a constaté une diminution de la matité.

VII. — Petruschky note les résultats obtenus avec l'emploi de la tuberculine. Rien de particulier.

VIII.— Spengler, à Davos, a traité depuis le 8 août, 59 malades avec la tuberculine T. R. sur un total de 922 injections représentant 1810 milligrammes de substance sèche, il n'a pas eu un seul accident. Il constate seulement avec Bussenius et Wormer, les différences de réaction que provoquent les flacons de dates différentes. Il soumet à la cure, les malades dont la température ne dépasse 37°,5 dans le rectum ou 37 sous la langue, un malade dont la température rectale dépasse 37,07 ne peut recevoir la tuberculine que si les crachats ne présentent pas d'infection associée. Les injections sont faites à la face extérieure du bras et renouvelées tous les 2 jours jusqu'à, 1 milligramme, de 1 à 6 milligrammes tous les 3 jours et ensuite tous les 4 à 5 jours et même une fois par semaine pour éviter l'accumulation. La progression des doses est doublée de 1 millième à 1 dizième, puis on augmente moins vite. Toutes les fois qu'une réaction un peu forte se produit, la dose suivante ne doit pas être augmentée et si la réaction est un peut forte il faut même diminuer jusqu'à la dose qui ne réagit plus. Enfin, il y a des malades qui sont tellement sensibles à l'action du médicament qu'il faut renoncer chez eux à la voie sous-cutanée et administrer la T R., sous forme de frictions. La toux, l'expectoration et les phénomènes physiques d'auscultation s'amendent d'une manière très nette sous l'influence de la T R. les malades qui avaient eu de la tuberculose laryngée guérie n'ont présenté aucune récidive, il n'y a pas eu d'albuminurie tandis qu'avec l'ancienne tuberculine 8 pour 100 des malades en présentaient. Les résultats obtenus ne peuvent être attribués au climat, car la plupart des malades étaient en traitement à Davos depuis plus de 6 mois et quelques-un depuis des années. Dans un cas de tuberculose sans fièvre, mais avec infection mixte, il a fallu interrompre le traitement qui aggravait l'état du malade.

IX. — Rembold, a soigné avec l'ancienne tuberculine pendant l'hiver de 91-92, 82 tuberculeux, il a pu suivre 70 de ces malades, sur ce nombre, 27 étaient atteint d'infections mixtes (non diagnostiquées alors) tous sont morts dans les 3 ans, la plupart dans la première année. Des 43 malades atteints de tuberculose pure, 18 sont morts, 25 sont encore vivants 6 ans après le traitement, 12 notablement améliorés, 13 guéris. Ces malades appartenaient à la classe ouvrière.

X. — Gerber et Prang, à Kœnigsberg, ont traité 10 malades : 5 lupus, 1 adénite cervicale tuberculeuse, 4 laryngites tuberculeuses, dont 3 compliquées de tuberculose pulmonaire. Aucun de ces malades n'a présenté d'induration, ni d'abcès. La réaction fébrile a été rare et n'a pas atteint 39° ; 2 malades ont été obligés d'interrompre le traitement à cause de la faiblesse générale, un autre par suite du réveil d'une ancienne néphrite. Deux des lupus ont été notablement améliorés après un petit nombre d'injections 5 à 8; mais ils ont interrompu le traitement; un seul lupus a poussé le traitement jusqu'aux doses fortes et la guérison complète a été obtenue et s'est maintenue depuis 2 mois. L'adénite a paru améliorée. Une des laryngites a été guérie, dans les autres cas le traitement n'a pu

être continué à cause de l'état général. Mais on a constaté une diminution marquée du nombre des bacilles dans les crachats.

XI. — W. van Hoorn a traité avec la tuberculine T. R., à la polyclinique d'Amsterdam 10 lupus et une cystite tuberculeuse compliquée d'épidymite. Les 10 malades, atteints de lupus, ont reçu en tout 169 injections; celui qui en a reçu le plus a reçu 21 injections en 78 jours, le dernier 8 en 22 jours. Les injections commençaient par 1 millième de milligramme et les doses n'étaient doublées que lorsque la réaction fébrile ne dépassait pas 1°. Les températures de 39° à 40° sont rares et se présentent avec les hautes doses. Comme Bussenius, H. a remarqué l'intensité des réactions locales et générales. L'amélioration chez tous les lupiques a été extrêmement marquée, les parties infiltrées pâlissent, s'affaissent et de petits tubercules disparaissent totalement. Néanmoins aucun des malades n'avait encore terminé la cure, la cystite a présenté dès les premières injections, une telle aggravation locale qu'il a fallu renoncer au traitement.

XII. — Peter Haatzer, à Hanovre, a traité 8 malades atteints de phtisie pulmonaire, plusieurs avaient déjà subi la cure, par l'ancienne tuberculine, en général le traitement par la nouvelle tuberculine a été précédé d'injections d'épreuve de l'ancienne tuberculine. La présence exclusive des bacilles tuberculeux dans les crachats a été constatée, quelques-uns des malades étaient traités ambulatoirement, les autres hospitalisés. Les doses de début étaient en général très faibles depuis 1 5/1000 de milligramme jusqu'au un cinq centième. Les réactions fébriles ont été en général peu accentuées, toutefois, marquées par cette particularité que certaines doses donnaient à un malade une ascension fort élevée, alors que la même dose du même flacon ne donnait aucune réaction à un autre. Deux des malades traités ont commencé leur cure en pleine période fébrile de 39° à 40°, la fièvre est tombée rapidement sous l'influence du traitement. Dans presque tous les cas qui ont été suivis pendant une longue période et sont arrivés aux hautes doses de 15 milligrammes, l'amélioration s'est manifestée par la disparition de la toux, de l'expectoration, la rétrocession presque complète des phénomènes physiques de l'auscultation et l'augmentation du poids. Aucun des malades n'a présenté d'accident local ou général sérieux.

H. DE BRINON.

DAURIAC. Notes cliniques sur l'emploi de la nouvelle tuberculine T. R. de Koch dans le traitement des tuberculoses (*Progrès méd., 4-11 déc. 1897*).

L'auteur donne le résumé de 14 observations recueillies sur des malades atteints de tuberculose chirurgicale et soignés à la consultation de l'Hôtel-Dieu; tous ont guéri et très rapidement. Une autre série de 16 malades atteints de tuberculose pulmonaire a donné des résultats très satisfaisants, tous ont été améliorés, quelques-uns sont guéris; dans tous les cas les poumons étaient plus ou moins ulcérés, quelques malades avaient de vraies cavernes. L'auteur commence par des doses de 1/500 de milligramme pour arriver progressivement jusqu'à 1 milligramme d'extrait sec; il n'a pas dépassé la dose de 10 milligrammes.

Sur près de 2000 injections, il n'a pas eu une seule élévation de tem-

pérature; rarement il y a des réactions locales; la fièvre tombe rapidement chez les malades traités et les sueurs disparaissent, l'appétit revient avec un sentiment de bien-être. Dans les tuberculoses locales, on voit les fistules se cicatriser, les ganglions se résoudre, les ulcérations se fermer.

H. LEROUX.

R. BOSQUIER. La nouvelle tuberculine R et son emploi, en particulier dans la tuberculose pulmonaire (*Thèse de Paris*, *1897*).

Ce travail très documenté débute par une étude critique extrêmement soigneuse des recherches expérimentales faites jusqu'ici avec la nouvelle tuberculine R de Koch et des analyses bactériologiques destinées à vérifier sa pureté. L'auteur estime qu'il y aurait intérêt à reprendre ces recherches expérimentales, qui lui semblent insuffisantes pour juger de l'action spécifique de la tuberculine R. Les examens bactériologiques les plus récents montrent que ce produit ne contient plus actuellement de microbes pathogènes et qu'on n'y rencontre plus qu'un très petit nombre de microorganismes non pathogènes, surtout des levures. Puis il passe en revue, en s'appuyant sur les travaux publiés à ce sujet, la technique de ces injections et leurs effets locaux et généraux.

La partie originale de ce mémoire donne les résultats que l'auteur a obtenus en traitant 27 malades par la tuberculine R.

Jamais ces injections n'ont produit d'accident; sur les 27 malades traités, 7 ont interrompu trop rapidement le traitement ou y ont été soumis depuis trop peu de temps pour qu'il puisse en être fait mention au point de vue thérapeutique.

Dans aucun cas d'ailleurs il n'a été obtenu de guérison complète, ces malades n'ayant pu encore être traités et suivis pendant plus de 6 mois.

Dans deux cas de pneumonie caséeuse l'effet a été nul ainsi que dans 2 cas de tuberculose pulmonaire chronique avec phénomènes d'infection mixte et 1 cas de pleurite sèche tuberculeuse chez un neurasthénique.

Dans les 15 autres cas (dont l'un est signalé comme une poussée de granulie au cours d'une tuberculose chronique) il y a eu une amélioration qui 12 fois paraît bien devoir être attribuée au moins en partie à l'action de la tuberculine R.

Telles sont les conclusions de l'auteur. La lecture attentive de ses observations nous conduit cependant à ne les admettre qu'avec des réserves. En effet sur 26 observations de tuberculose pleurale ou pulmonaire il n'y en a que 13 où la tuberculose soit certaine, la présence des bacilles ayant été constatée. Sur ces 13 cas, il y a eu 8 améliorations attribuables à la tuberculine.

Nous trouvons ensuite 7 cas où la tuberculose est probable, bien que l'examen bactériologique n'ait pas été fait ou soit resté négatif. Sur ces 7 cas il y a eu 3 améliorations.

Enfin dans 6 cas la tuberculose est très contestable non seulement à cause de l'absence d'examen bactériologique ou à cause de son résultat négatif, mais encore du fait de la description clinique relatée dans ces observations. Il nous semble que, pour que les faits soient démonstratifs, il

faut que le diagnostic de tuberculose soit incontestable. Il n'en reste pas moins acquis que dans un certain nombre de cas probants l'action de la tuberculine R a paru favorable. H. BOURGES.

T. HEUSER. Ueber die Behandlung der Tuberculose mit Zimmtsäure (Sur le traitement de la tuberculose par l'acide cinnamique (*Therap. Monats., p. 451, oct. 1897*).

L'acide cinnamique est un médicament précieux de la tuberculose. Employé en injections intra-musculaires dans les muscles de la fesse, il ne provoque aucun désordre. On réussit ainsi à guérir une notable partie des cas de tuberculose du poumon. Il ne faudrait pas cependant le considérer comme un spécifique. PAUL TISSIER.

H.-J. VETLESEN. De l'iodure de potassium comme réactif de la tuberculose pulmonaire au début (*Norsk. Magaz., oct. 1897*).

Sur 27 malades examinés, le réactif de Sticker (solution d'iodure de potassium à 1 1/2 0/0, trois cuillerées à soupe par jour) a provoqué la manifestation de la tuberculose des sommets dans 8 cas; la toux qui faisait défaut avant l'administration de KI, apparut au bout de 2 à 3 jours; l'expectoration se produit ou augmente; des râles se font entendre aux sommets, et dans 4 cas on constate l'apparition de bacilles de Koch. Dans les 19 autres cas dans lesquels KI ne produisit aucune réaction, l'auteur admet l'absence de la tuberculose, car dans 7 cas, examinés à ce point de vue, les crachats ne contenaient pas de bacilles ; 4 cas n'ont pas réagi à l'injection de la tuberculine et plusieurs autres cas, suivis pendant environ 2 ans n'ont révélé aucun signe de bacillose.

L'auteur recommande donc l'iodure de potassium à petites doses comme moyen diagnostic précieux pour établir la nature d'un cas suspect de tuberculose des sommets au début. H. FRENKEL.

BRESLER. Kryofine dans l'influenza (*Therap. Monats., p. 551, oct. 1897*).

La kryofine est le produit de condensation de la phénétidine et de l'acide méthyglycocolique. A la dose de 0gr,75 à 1 gramme elle semble avoir donné de bons résultats dans l'influenza, sans provoquer de symptômes d'intoxication. PAUL TISSIER.

FREUDENTHAL. Ueber eine Abortivbehandlung..... (Sur le traitement abortif de l'influenza par le calomel (*Therap. Monats., p. 524, oct. 1897*).

Jusqu'au troisième jour inclus, il est possible d'exercer une action abortive par le calomel employé à la dose suivante : 2 doses de 0gr,10 chez l'homme adulte, 3 doses de 0gr,05 chez la femme adulte ; autant de centigrammes que d'années chez l'enfant. Au bout de six à dix heures la fièvre tombe, la céphalalgie et la rachialgie disparaissent, la toux se calme et l'expectoration n'arrive jamais à la purulence. PAUL TISSIER.

ROSENBERGER. Klin. Beob. über die Wirkung des Pilocarp. muriat. bei croupöser Pneumonie (Action du chlorhydrate de pilocarpine dans la pn. croupale) (*Deut. Arch. f. klin. Med., LIX, p. 561*).

La seule différence notable entre les deux séries de pneumonies traitées l'une avec, l'autre sans pilocarpine, fut que, dans la première, aux symptômes de la pneumonie, s'ajoutèrent ceux de l'intoxication par le jaborandi. La sudation et la salivation extrêmes fatiguèrent jour et nuit les malades, mouillés de sueurs, obligés sans cesse de recourir au crachoir, sans quoi, ils innondaient leur literie de salive. En somme, l'auteur la considère comme un moyen thérapeutique à rejeter complètement.

C. LUZET.

MEYER. Ueber die Modificationen des Klin. Verlaufes der Diphtherie (Modifications du cours clinique de la diphtérie par l'emploi du sérum) (*Deut. Arch. f. klin. Med., LIX, p. 465*).

Dans tous les cas favorables les membranes ont disparu le même jour à dater de celui des injections, que celles-ci aient été faites tôt ou tard. Les manifestations de sténose et la fièvre se comportent, quant à leur durée comptée tant du début de la maladie que du jour de l'injection, exactement comme les membranes. Il rssort de là la certitude de l'activité curative du sérum. C. LUZET.

A. WEILL. De la valeur préventive du sérum antidiphtérique (*Thèse de Paris, 1897*).

Ce travail est une revue des opinions et des faits déjà publiés à propos des injections de sérum antidiphtérique à titre préventif.

L'immunité donnée par ces injections semble le plus souvent de courte durée ; elle ne dépasse guère quelques semaines et parfois s'est montrée inefficace au bout de quelques jours. Elles peuvent entraîner des accidents secondaires dont quelques-uns sont graves et même, exceptionnellement, la mort suivant certains auteurs. Certaines affections organiques (tuberculose, maladies du cœur et des reins) sont une contre-indication formelle aux injections préventives.

Elles paraissent surtout indiquées dans les milieux où des enfants se trouvent en contact avec un diphtérique sans qu'on puisse faire un isolement convenable, là où les mesures et les conditions d'hygiène sont défavorables, comme à la campagne ou dans les centres où la population est dense et misérable. On les utilisera encore dans les épidémies graves, à marche rapide.

Il vaut mieux injecter souvent et peu (1/10e) de la dose curative, et surveiller avec soins les sujets immunisés. H. BOURGES.

BELIN. Ueber die Serumtherapie bei Diphtherie (*Münch. med. Woch., p. 1159, 19 oct. 1897*).

D'une façon générale, à la clinique de Strasbourg, depuis la sérothérapie, la mortalité diphtérique s'est considérablement amendée ; mais pas d'une façon aussi éclatante qu'on s'y était attendu au début. On n'a pas constaté d'accidents graves dus au sérum et dans les cas de mort

relatés par l'auteur, on ne peut avec sûreté accuser l'injection seule. On ne peut nier que l'injection ait eu sur les reins une influence, mais sans importance à cause de sa bénignité. L'apparition de l'albumosurie dans les albuminuries graves a un pronostic favorable. Les paralysies post diphtériques avec récidives sont devenues plus fréquentes depuis l'introduction de la sérothérapie. C. LUZET.

Paul HERVÉ. Notes sur la diphtérie à l'hôpital du Mans : sérothérapie et tubage (*Arch. méd. Angers*, *II*, *p. 56*).

L'auteur a traité depuis la découverte du sérum 63 cas de diphtérie, 20 angines (toutes guéries), 43 croups (5 morts). Tous les malades, sauf deux, ont été traités par le sérum, à doses variables suivant les cas, sans accidents autres que des éruptions. Le tubage a été nécessaire chez 15 malades; la trachéotomie chez deux, et encore à un moment où le tubage était moins répandu. A. CARTAZ.

APORTI. Sulle iniezioni endovenose..... (Des injections intraveineuses d'arséniate de soude et de citrate de fer ammoniacal dans le traitement de l'anémie primitive) (*Settim. med.*, *p. 509 et 521, 23 et 30 oct. 1897*).

Les faits rapportés par l'auteur semblent démontrer que l'arsenic augmente rapidement le nombre des globules rouges et que le fer élève surtout le taux d'hémoglobine. Les injections d'arséniate de soude étaient faites tous les jours au début avec 1 centigramme de médicament, celles de fer varièrent de 3 à 9 centigrammes par jour. C. LUZET.

I. — P. MARFORI. Sur les caractères chimiques de la ferratine (*Arch. ital. de biol.*, *XXVII*, *p. 272 et suiv.*).

II. — F. BATTISTINI. Recherches sur l'absorption du fer administré sous forme de ferratine (*Ibid.*).

III. — S. RIVA-ROCCI. Les injections de sels de fer dans la cure des anémies (*Ibid.*).

IV. — VENTRINI. Les sels de fer et la résistance des globules rouges dans la chlorose (*Ibid.*).

I. — La ferratine du commerce a les mêmes caractères que celle étudiée par Marfori et Schmiedeberg. Elle ne contient point de fer inorganique : elle est la plus absorbable et la plus assimilable des préparations du fer.

II. — On a sacrifié les préparations minérales de fer aux préparations organiques, hémoglobine, carniferrine de Kase, ferratine, etc., en se fondant sur les expériences avec animaux normaux. L'auteur préfère les pilules de Braud à la ferratine, sauf des cas exceptionnels d'intolérance.

III. — L'auteur a pratiqué des injections de préparations de fer : il a analysé le fer introduit de diverses façons (alimentation, injection) et le fer éliminé. La quantité de fer retenue par l'organisme est d'autant plus grande que la quantité injectée est plus grande ; cette quantité est retenue surtout par le sang et dans le sang ; l'augmentation du fer hématique est supérieure au fer des aliments. Les injections de fer déterminent des

hyperémies qui activent l'élimination des produits usés et les néoformations. Les inconvénients de ces hyperémies sont : la néphrite, gastralgie, nausées, vomissements, entéralgie, diarrhée, dyspnée, hémoptysie, ivresse et vertiges.

IV. — La résistance globulaire est immédiatement augmentée, bien avant qu'on puisse rencontrer de fortes modifications dans l'hémoglobine et le nombre de globules. Et dans la chlorose, ce serait précisément cette résistance qui serait diminuée : ce serait là le caractère spécial de l'anémie chlorotique. DASTRE.

BALESTRE. Note sur l'emploi thérapeutique de la globularine et de la globularétine (*Bull. gén. de thérap., 23 déc. 1897*).

Balestre a employé dans plusieurs cas la globularine et la globularétine. A la première, on a attribué une action excitante sur le cœur et le système nerveux analogue à la caféine, et qui diminue la quantité d'urine excrétée, abaisse sa densité et réduit les matières extractives, les urates et l'acide urique. Au contraire la globularétine provoque une diurèse abondante et active, l'élimination des matériaux solides du rein ; de plus elle possède une action cholagogue qui se traduit par de la diarrhée bilieuse.

Sur 17 cas de rhumatisme chronique ou subaigu les deux médicaments ont amené la guérison de 10 cas. Dans 6 cas le résultat a été douteux.

Chez tous ces malades, Balestre a employé des solutions alcooliques et donnait au début un nombre de gouttes correspondant à 12 milligrammes de globularine et 17 de globularétine (8 gouttes) ; cette dose était répétée matin et soir au réveil et au moment du coucher. Il augmentait chaque jour la dose biquotidienne d'une goutte, arrivant à 10 gouttes matin et soir, correspondant à 3 centigrammes de globularine et 34 milligrammes de globularétine. Il a toujours prolongé le traitement pendant deux mois au moins.

Chez un goutteux gravement atteint, les deux médicaments administrés, à doses massives (2^{gr},50 de globularine et 3 grammes de globularétine) pendant huit mois ont déterminé une guérison qui s'est maintenue pendant quinze mois.

Dans deux cas graves de fièvre typhoïde, leur emploi a déterminé rapidement la diurèse, la disparition de l'état typhoïde, des troubles nerveux. G. LYON.

RANKE. Die Lumbalpunction bei der tuberculösen..... (La ponction lombaire dans la méningite tuberculeuse de l'enfance) (*Münch. med. Woch., p. 1035, 21 sept. 1897*).

Que donne la ponction du canal vertébral au point de vue thérapeutique et diagnostique dans la méningite tuberculeuse (hydrocéphalie aiguë des anciens) ? L'auteur montre que malheureusement on ne possède pas encore un seul cas de guérison ni dans la pratique hospitalière, ni dans la pratique privée. Au point de vue diagnostique, il considère la ponction lombaire comme un moyen d'une valeur très limitée ; il n'est même pas possible, dans tous les cas, de faire par ce moyen le diagnostic entre la méningite purulente et la méningite tuberculeuse. C. LUZET.

I. — LENHARTZ. Weitere Erfahrungen über die Lumbalpunction (*Berlin. klin. Woch., p. 681, 2 août 1897*).

II. — FUERBRINGER. Zur Klinik der Lumbalpunction (*Ibid.*).

III. — Discussion du XVe Congrès de médecine interne (*Ibid.*).

IV. — STADELMANN. Klinische Erfahrungen über die Lumbalpunction (*Ibid., p. 973, 1er nov. 1897*).

V. — Discussion de la Société de médecine interne (*Ibid., p. 1061, 29 nov. 1897*).

I. — Dans les chloroses graves, Lenhartz a noté, à côté de la fréquente augmentation de tension du liquide cérébro-spinal, une augmentation considérable de sa quantité ; ce double fait peut rendre compte des violentes douleurs de tête qui durent jour et nuit. Sur les 20 chlorotiques chez lesquelles il a pratiqué la ponction du rachis lombaire, il en est 10 qui ont vu disparaître immédiatement leur céphalée.

Lenhartz a également ponctionné 46 cas de méningite tuberculeuse; 21 fois seulement le liquide contenait des bacilles tuberculeux, et 24 cas de méningite cérébro-spinale idiopathique : 13 fois il a trouvé le diplocoque de Weichselbaum, 9 fois celui de Fraenkel, 1 fois le bacille typhoïdique et 1 fois aucun microbe. Chez un malade, il a rencontré à la fois le diplocoque de Weichselbaum et des bacilles tuberculeux; chez un autre, la méningite cérébro-spinale, occasionnée par le diplocoque de Weichselbaum, suivit une fracture de la base du crâne.

II. — Fürbringer a ponctionné 63 méningites tuberculeuses ; dans 44 (soit 70 0/0) le liquide cérébro-rachidien renfermait le bacille de Koch.

Il a obtenu le méningocoque de Weichselbaum et de Jaeger dans 11 méningites cérébro-spinales épidémiques.

Dans 10 cas d'hémorragies cérébrales, la ponction lombaire lui a permis de diagnostiquer, avec certitude, des foyers sanguins, traumatiques ou spontanés, de la surface du cerveau avec ou sans perforation dans les ventricules.

Fürbringer pratique la ponction lombo-sacrée sur la ligne médiane, dans l'attitude assise.

III. — *Krönig* fait la ponction beaucoup plus bas que Quincke, au niveau de l'hiatus sacro-lombaire où la disposition du sac dure-mérien, en forme de verre à pied, facilite la précipitation des éléments histologiques et microbiens.

Pour mesurer la tension du liquide cérébro-rachidien, il ne se sert pas du tube de Quincke, qui a l'inconvénient de faire l'aspiration comme un syphon; il l'a remplacé par un appareil de son invention.

Frohmann cite un cas de méningite épidémique dans lequel le liquide ponctionné ne renfermait pas les méningocoques intracellulaires de Weichselbaum que l'autopsie permit de reconnaître dans le pus méningé.

Contrairement à Fürbringer, Lenhartz pratique la ponction, le malade étant couché, car il croit, comme Krönig, que l'opération est moins inoffensive dans l'attitude assise.

IV. — Stadelmann a fait une centaine de fois la ponction du rachis lombaire:

1° Méningite tuberculeuse : 16 cas. Si le plus souvent la tension du

liquide est très élevée, il peut arriver qu'elle soit normale ou peu augmentée et néanmoins à l'autopsie on constate les signes d'une pression cérébrale considérable. Le liquide spinal est tantôt clair et renfermant, rarement des leucocytes, fréquemment des flocons de fibrine, tantôt trouble, même purulent, ou sanglant. Stadelmann n'y a constaté que 3 fois (22 0/0) les bacilles tuberculeux;

2° Méningite purulente : 7 cas. Le liquide spinal dont la tension est toujours accrue, est trouble, plus ou moins purulent, renferme le méningocoque intracellulaire, le pneumocoque, le streptocoque, le staphylocoque ou autres microbes, ou bien est stérile et ne contient que de nombreux leucocytes. Il n'est alors pas facile de faire le diagnostic avec la méningite tuberculeuse. La teneur en albumine qui est variable, la présence de sucre et le poids spécifique du liquide, ne sont nullement des signes différentiels certains. L'abondance de l'albumine plaide seulement en faveur du caractère inflammatoire de l'affection et l'observation clinique fournit généralement des moyens diagnostiques plus sûrs que la ponction lombaire dont on tend à exagérer la valeur;

3° Abcès du cerveau. Ici le liquide spinal n'offre pas davantage des qualités constantes, étant tantôt abondant, tantôt rare, et ayant une tension variable. Dans un cas, la 1re ponction lombaire donna un liquide trouble, la seconde un liquide clair et stérile. Il n'est même pas toujours possible de diagnostiquer la complication méningitique, car le résultat négatif de la ponction ne permet pas d'en nier l'existence. La thrombose des sinus peut parfois donner lieu à une augmentation de la quantité et de la tension du liquide spinal;

4° Maladies infectieuses aiguës. En cas de pneumonie, le soupçon d'une complication méningitique peut être corroboré par la ponction lombaire, si le liquide spinal contient des pyocoques ou des pneumocoques. Dans la septicémie cryptogénétique, il s'y rencontre des streptocoques, comme dans le sang;

5° La ponction lombaire fournit parfois des renseignements utiles dans les cas qui sont restés obscurs en l'absence de commémoratifs; par exemple chez les malades qui ont perdu connaissance ou qui délirent. Il est arrivé plusieurs fois à Stadelmann de pouvoir reconnaître ainsi une fracture du crâne latente;

6° Tumeurs cérébrales. L'utilité thérapeutique de la ponction lombaire tant prônée au début, ne s'est guère vérifiée. La ponction peut même être indirectement nuisible; sans parler des cas de mort subite, elle peut exacerber les douleurs de tête ou amener une perte de la connaissance. Elle n'a donc qu'une valeur diagnostique, mais l'observation clinique en apprend tout autant et même la ponction peut rendre le diagnostic hésitant quand, contrairement à l'attente, elle ne révèle aucune augmentation dans la tension du liquide spinal;

7° Hémorragies cérébrales. Lorsque le liquide spinal renferme du sang, il faut tout d'abord s'assurer que l'on n'a pas piqué une veine accidentellement et partant répéter la ponction sur d'autres points. Ce n'est que lorsque la teinte sanguinolente du liquide est uniforme qu'on peut y voir un signe d'hémorragie cérébrale. La ponction lombaire, qui permet de diagnostiquer la perforation des ventricules, n'est pas capable de faire

le diagnostic différentiel entre l'apoplexie, le ramollissement et l'embolie du cerveau. Elle est tout aussi incapable de faire cesser la compression cérébrale, conséquence de l'hémorragie.

Elle n'a pas donné de résultats favorables dans l'hydrocéphalie, dans l'encéphalie hémorragique, dans l'urémie, dans l'encéphalopathie saturnine. En cas de respiration de Cheyne-Stokes, elle élève la tension du liquide pendant la dyspnée et l'abaisse durant l'apnée. Dans les attaques épileptiques, la tension du liquide spinal est considérable ; de même dans la pneumonie, la scarlatine, la fièvre typhoïde, etc. Jamais St. n'a vu dans ces cas d'effets thérapeutiques de la ponction lombaire. Quant aux succès obtenus par Lenhartz dans la chlorose, ils sont purement psychiques.

V. — *Krönig* a mesuré la tension du liquide cérébro-spinal chez 12 adultes sains ; il conclut qu'à l'état normal elle est de 125 millimètres d'eau dans la position horizontale et de 410 dans la position assise. Pour se mettre à l'abri de tout accident dans les ponctions, il faut donc les arrêter avant que le manomètre descende à 125.

Oppenheim cite le cas d'un jeune homme de 22 ans, atteint d'une double otite purulente depuis 5 ans. Le 25 décembre 1895, céphalée, vomissements, troubles visuels intenses, incertitude de la marche. 3 mois plus tard, on constatait un œdème des deux papilles, de l'amaurose droite, une paralysie du moteur oculaire externe gauche, du nystagmus et de l'ataxie cérébelleuse. L'absence de fièvre et d'anomalies du pouls, jointe à l'intensité de l'œdème papillaire permettait d'exclure l'idée d'un abcès du cerveau. L'état du malade ne cessant de s'aggraver, on fit la ponction lombaire et retira 60 centimètres cubes d'un liquide parfaitement clair mais possédant une grande tension. Après une exacerbation passagère de tous les symptômes, l'amélioration devint continue. Tous les signes physiques disparurent à l'exception de l'œdème papillaire qui se transforma en atrophie du nerf optique et de l'amaurose droite qui persista. La bonne santé se maintint depuis 18 mois. C'est le seul cas de méningite séreuse primitive qu'Op. ait vu guérir par la ponction lombaire.

Goldscheider conteste que la riche teneur du liquide en albumine soit caractéristique d'un travail inflammatoire, car elle existe aussi dans la congestion passive. Dans la méningite suppurée, il est exceptionnel que le pus s'écoule avec le liquide ponctionné. Dans un cas de méningite séreuse, l'évacuation de 60 centim. de liquide a fait immédiatement disparaître la céphalée, la raideur de la nuque, etc. De toutes les tumeurs cérébrales, il n'y a que celles de la fosse postérieure du crâne où la ponction puisse être utile, à cause de la compression possible de la grande veine de Galien qui amène de l'hydrocéphalie. Dans la chlorose, la ponction lombaire est inefficace.

Fürbringer sur 71 ponctions lombaires a eu 50 fois (70 0/0) un résultat positif. La teneur du liquide spinal en albumine et sucre n'a aucune valeur diagnostique. Les symptômes des hémorragies cérébrales sont parfois rapidement atténués par la ponction.

Von Leyden n'a pas eu de résultats favorables de la ponction lombaire dans la chlorose; en revanche, il en a eu 1 dans la méningite épidémique et dans la méningite séreuse. Il y a eu recours chez 2 enfants atteints d'hydrocéphalie ; chez l'un sans succès, tandis que chez l'autre, à la suite de ponctions répétées dans le cours de 3 mois avec évacuation totale de

199 centim. cubes de liquide, le succès a été parfait, tant pour le développement physique que pour l'intellectuel.

A. Fraenkel est d'avis qu'on abuse de la ponction lombaire qui devrait être réservée pour les diagnostics litigieux.

Cassel a pratiqué 13 fois la ponction lombaire chez des enfants : 9 fois pour méningite tuberculeuse et n'a trouvé que 3 fois le bacille tuberculeux dans le liquide : 1 fois dans une méningite séreuse et 2 fois dans l'hydrocéphalie. Dans la méningite tuberculeuse, il y a eu 2 fois retour passager de la connaissance. Dans l'hydrocéphalie, des ponctions lombaires réitérées ont été tout aussi inutiles que la ponction cérébrale.

Heise relate l'observation d'un soldat atteint de méningite séreuse à début aigu et fébrile. L'évacuation de 62 centim. cubes de liquide spinal stérile entraîna aussitôt une diminution des phénomènes de compression cérébrale ; puis ils récidivèrent avec de la fièvre et une deuxième ponction fut suivie de guérison définitive. J. B.

Magnus LEVY. Zur Schildrüsenfrage (Étude sur le thyroïdisme) (*Zeitschr. f. klin. Med., XXXIII, p. 269*).

Magnus Levy a étudié les échanges gazeux et azotés dans l'alimentation par le corps thyroïde, dans le myxœdème, dans la maladie de Basedow et dans l'obésité. Voici ses conclusions :

1° La perte d'embonpoint déterminée par l'ingestion de corps thyroïde n'est pas due seulement à une perte d'eau et d'albumine, mais aussi à une perte de graisse. C'est donc un véritable « dégraissement » ;

2° Cette perte de graisse, myxœdème excepté, ne saurait, quelle que soit la dose, dépasser 40 à 50 grammes par jour. Au delà, la perte de poids est due à la perte d'eau et d'albuminoïdes ;

3° L'augmentation des échanges azotés n'est pas constante. Elle se voit surtout dans le myxœdème, moins chez les obèses, les femmes nerveuses, les basedowiens et rarement chez les sujets tout à fait sains ;

4° La thyroïodine agit sur les échanges azotés comme l'extrait complet de corps thyroïde. La thyréoantitoxine et l'iodure de potassium n'ont aucun effet semblable ;

5° L'importance du corps thyroïde en physiologie ressort surtout de son action sur les échanges azotés. Son absence entraîne, par suite, l'abaissement des échanges gazeux, de la calorification de la température du corps (crétinisme, myxœdème). En cas d'hyperfonctionnement, apparaît le syndrome basedowien. L'augmentation des échanges azotés manque rarement dans les formes graves de cette affection ;

6° La perte d'albumine et de graisse causée par l'alimentation thyroïdienne offre une analogie frappante avec certains accidents du goître exophtalmique. On conçoit son action sur le cœur et sur le système nerveux ;

7° L'obésité constitutionnelle qui serait une diminution du pouvoir combinant des tissus avec abaissement des échanges nutritifs n'est pas démontrée par l'analyse chimique. Cet abaissement est en tous cas modéré et non constant. A. F. PLICQUE.

Albert ROSENBERG. Die Behandlung der Strumen mittelst parenchymatöser Injectionen (*Berlin. klin. Woch., 13 sept. 1897*).

A l'exemple de Garré, Rosenberg a eu recours, dans le goitre, aux injections parenchymateuses d'un mélange d'une partie d'iodoforme avec 7 d'éther et autant d'huile d'olives. La quantité injectée a été élevée graduellement de 50 centigrammes à 2 grammes, en laissant des intervalles d'abord de trois jours, puis moindres, entre les injections. Presque tous les 30 malades présentaient des symptômes de compression de la trachée. Jamais il n'y a eu besoin de plus de 25 injections. Les résultats de ce traitement ont été contrôlés au bout de dix-huit mois ou de deux ans.

L'insuccès a été absolu chez un malade ; l'efficacité en a été très douteuse chez un autre ; l'amélioration a été peu sensible chez 2, tandis qu'elle a été considérable chez 13 et que les 13 autres ont été guéris complètement. Il y a eu 3 récidives. La méthode ne convient que pour les goitres parenchymateux et est déjà moins sûre pour les formes mixtes. Les injections sont douloureuses et provoquent chez certaines personnes des nausées ou des vomissements.

Les résultats sont donc supérieurs à ceux qu'a donnés la thyroïdine, puisque Bruns sur ses 350 malades, n'a compté que 8 0/0 de guérisons complètes, un tiers d'améliorations considérables et des récidives dans plus de 75 0/0 des cas. J. B.

Curt HORNEFFER. Pyramidon (*Berlin. klin. Woch., 30 août 1897*).

Horneffer a administré la pyramidone, par doses de 20 à 60 centigrammes, à 45 malades, dont 23 phtisiques.

Chez tous les phtisiques, il y a eu, dans l'espace des deux ou trois heures consécutives, abaissement graduel de la fièvre. L'un d'eux a pris en 56 jours consécutifs, $20^{gr},8$ de ce médicament, un autre en 42 jours, $22^{gr},4$, sans en être le moins du monde incommodés et en en retirant toujours le même bénéfice. Durant ce temps, leurs urines n'ont jamais offert ni sang, ni albumine.

Chez 5 pneumoniques, la pyramidone a eu le même pouvoir antipyrétique. Un enfant de 7 mois, atteint de pneumonie, s'est parfaitement trouvé de l'administration de 10 centigrammes de pyramidone.

Des 3 typhoïdiques, un seul a vu sa température s'abaisser sous l'influence du médicament et chez l'un des autres, la dose de 40 centigrammes a déterminé des sueurs telles qu'on y a renoncé.

L'action antithermique de la pyramidone s'est également manifestée dans le cas de scarlatine et dans celui d'érysipèle de la face.

A titre d'antinévralgique, la pyramidone a été prise, sans succès, par 5 malades atteints de sciatique et au contraire, avec résultat parfait, dans des cas de névralgie du trijumeau, ainsi que dans des céphalalgies de diverses natures.

Horneffer a pris lui-même, sans inconvénient, pendant un certain temps, de petites doses de pyramidone ; une seule fois, la dose de 70 centigrammes a été suivie au bout de vingt minutes d'un peu de

transpiration avec lourdeur de tête, mais sans modification du pouls ni de la température.

En résumé, la pyramidone constitue une précieuse acquisition en raison de ses prompts effets comme antipyrétique et antinévralgique ; en ce qu'elle abaisse progressivement la température qui ne remonte que lentement, parce qu'elle ne donne lieu à aucun symptôme fâcheux notable, parce qu'on peut l'administrer des mois sans inconvénient pour la santé et sans affaiblissement de son action, enfin, parce qu'elle est beaucoup moins coûteuse que l'antipyrine. J. B.

BIGNONE. L'urea nella cura dell' ascite da cirrhosi epatica (*Clin. de l'hôp. Galliera, 1896*).

Klemperer a préconisé, comme diurétique, l'urée à la dose de 10 à 20 grammes en vingt-quatre heures. Bignone a administré ce médicament à la dose de 10 à 15 grammes à 7 malades atteints de cirrhose atrophique ou hypertrophique, sans provoquer la diurèse et sans diminuer l'ascite ; dans aucun des sept cas on n'a pu se dispenser de pratiquer la ponction de l'ascite.

Même insuccès chez un goutteux.

L'urée n'a d'ailleurs causé aucun désordre ; elle n'a suscité aucun des phénomènes qu'on dénomme *urémiques*. L'innocuité de l'urée a d'ailleurs été constatée de la même manière par Klemperer et par Bettmann.

L. GALLIARD.

MONCORVO. Sur le traitement de la chylurie par l'ichtyol (*Soc. de thérap., 24 nov. 1897*).

Moncorvo fils a traité par l'ichtyol deux malades atteints de chylurie qui avaient résisté à divers traitements. L'ichtyol, sous forme pilulaire a d'abord été prescrit à la dose de $0^{gr},50$ par jour, puis à celle de 1 gramme, 1 gramme et demi et même 2 grammes. La guérison a été obtenue dans le premier cas en 10 jours, en 12 jours dans le second.

G. LYON.

J. TEISSIER et H. FRENKEL. Effets physiologiques des injections sous-cutanées d'extrait rénal (*Arch. de physiol., X, p. 108*).

Les injections sous-cutanées d'extrait rénal sont employées fréquemment pour combattre les accidents de l'intoxication urinaire. Ce traitement a des effets utiles. Les auteurs se sont servis de l'extrait glycériné de la substance rénale du mouton, délayé à 1/10. Ils l'administraient à des malades, l'une atteinte de néphrite interstitielle, l'autre d'albuminurie intermittente avec tuberculose pulmonaire au début. Ils ont observé la pression radiale, la densité du sang et pratiqué un examen très détaillé des urines : quantité, densité, couleur, urée, chlorures, phosphates, albumine, sucre, dépôts, coefficient toxique. Il semblerait que le traitement stimule la sécrétion externe des toxines par le rein et supplée à la sécrétion interne chargée de neutraliser certains poisons de l'organisme.

Enfin les auteurs ont pu, par cette médication, ramener une malade à la vie, alors que les accidents paraissaient irrémédiables. DASTRE.

Leopold CASPER. Ueber einige Eigenschaften..... (De quelques propriétés et indications de l'urotropine) (*Deutsche med. Woch., suppl., 4 nov. 1897*).

L'urotropine à la température de la chambre ne dissout pas mieux les concrétions uriques que l'eau pure; à 37°, son action est un peu plus rapide. L'urine d'une personne qui a absorbé de l'urotropine ne dissout pas mieux les concrétions uriques que celle d'une personne qui n'en a pas pris. L'expérience clinique confirme ces données, l'urotropine ne donne aucun résultat chez les calculeux, elle n'est pas plus active que la lysidine ou la pipérazine et bien inférieure à la glycérine. En revanche, elle agit merveilleusement pour faire disparaître la phosphaturie.

A la dose quotidienne de 1 à 2 grammes, elle clarifie l'urine des phosphaturiques et fait diparaître en même temps les phénomènes morbides concomitants. Quelquefois la guérison se maintient définitivement après le traitement; presque toujours, elle persiste un certain temps. Une autre propriété remarquable de l'urotropine est celle de diminuer la purulence des urines. Dans tous les cas de fièvre urineuse chronique, cystite, pyélite, à la dose de 2 à 4 grammes par jour, elle améliore notablement, en ramenant l'humidité de la langue, l'appétit et le bien-être. Comme il s'agit, en général, de vieillards chez lesquels tout autre moyen échoue, l'urotropine est un agent précieux et sans inconvénient. Elle doit être employée comme adjuvant et prophylactique dans toutes les interventions sur les voies urinaires : dilatation de l'urètre rétréci, taille, lithotomie, urétrotomie. Son action antiseptique paraît due au dégagement du formol; il a été trouvé par Casper dans le sang d'un lapin qui avait reçu de l'urotropine en injection; les urines exhalent une odeur très nette de formol. L'urotropine se prend à la dose de $0^{gr},50$ dans un verre d'eau. H. DE BRINON.

L. HUGOUNENQ et M. DOYON. Traitement du diabète pancréatique par l'administration des extraits de pancréas; influence du régime et des poisons (*Arch. de physiol., IX, p. 832*).

Un chien est rendu diabétique par l'ablation du pancréas. L'administration à l'animal d'extrait pancréatique obtenu par le procédé qui donne la thyroïodine, nucléine, graisse, n'ont point diminué l'élimination du sucre. L'extrait alcoolique riche en leucines a diminué l'élimination du sucre dans quelques cas. Les peptones également. Les extraits de pancréas de chien ont été actifs.

Dans leur ensemble, les résultats sont négatifs. L'inanition diminue beaucoup la quantité de sucre; l'alimentation azotée l'élève; la gomme arabique, les graisses font tomber l'élimination du sucre au niveau de l'inanition. L'atropine a diminué sensiblement le sucre secrété. DASTRE.

W. JAWORSKI. Die Uebersauerung des Magens (L'hyperacidité gastrique et son traitement par l'eau alcaline effervescente (*Therap. Monats., p. 462, oct. 1897*).

J. considère les solutions alcalines qu'il emploie comme supérieures à toutes les eaux minérales. Il en utilise deux types :

1° Eau forte contenant pour un litre d'eau saturée d'acide carbonique, 2gr,5 de salicylate, 8 grammes de bicarbonate et 2 grammes de biborate de soude ;

2° Eau faible contenant 5 grammes de bicarbonate, 2 grammes de salicylate et 1 gramme de biborate de soude. Les solutions, en raison du salicylate s'altèrent à l'air et à la lumière.

Il prescrit un demi-verre le matin à jeun de l'eau forte ; 1/3 à 1/2 verre de l'eau faible après chaque repas. S'il y a des fermentations on renouvelle l'eau forte. On note la disparition du sentiment de soif, des brûlures, des douleurs. Dans la diathèse urique, dans l'urolithiase, l'usage prolongé de l'eau alcaline donne de bons résultats ; il est aussi utile dans la cholélithiase et dans l'ictère catarrhal. PAUL TISSIER.

MANNABERG. Ueber die Wirkung von..... (De l'action des dérivés de la quinine et des phosphines dans les fièvres mélaniques) (*Deut. Arch. f. klin. Med., LIX p. 185, 28 oct. 1897*).

Les phosphines exercent sur la malaria une influence; mais celle-ci n'est pas suffisante pour en faire un médicament contre cette infection. L'observation du sang a montré que les parasites ne disparaissent pas par son usage, quand bien même les malades restent quelques jours sans fièvre. Il est possible que ces substances gênent la sporulation des parasites, puisque les accès paraissent nettement être en rapport avec ce processus. En fait, les jours non fébriles, l'auteur a pu noter la présence de nombreux parasites, moins mobiles qu'à l'état normal, mais jamais de sporulation.

C. LUZET.

C.-G. SANTESSON. Ueber subcutane Chininsalzinjectionen..... (Des injections sous-cutanées de sel quinique et l'influence de l'antipyrine sur le chlorhydrate de quinine (*Deutsche med. Woch., 2 sept. 1897*).

Laveran a proposé, pour les injections hypodermiques, une solution renfermant 33 0/0 d'antipyrine et 50 0/0 de chlorydrate de quinine, l'addition de l'antipyrine permettant seule d'obtenir une solution aussi concentrée du sel de quinine sans inconvénient pour la pratique hypodermique. Cette solution a été employée avec bons résultats contre la malaria par Kelsch et Blum. Quelle est la valeur physiologique de cette solution à laquelle Santesson donne le nom de solution de chinopyrine ? Sur les organes inférieurs (paramécies de l'intestin de la grenouille), la chinopyrine est un peu moins active que la quinine; sur la grenouille elle-même (système nerveux central et muscles striés) l'action est à peu près égale. Sur les mammifères, l'action toxique est un peu moindre ; 0,50 de quinine injectée sous la peau tue un lapin ; la même dose additionnée de 0,33 d'antipyrine ne détermine qu'un peu de tendance au

sommeil et d'abaissement de température 1° à 2°, et il faut doubler la dose pour tuer un lapin.

Chez l'homme en bonne santé (S. a expérimenté lui-même), l'injection sous-cutanée est absolument indolente, mais détermine une induration douloureuse qui dure 2 à 3 semaines. Une dose de 1 gramme de quinine jointe à 0,66 d'antipyrine ne détermine qu'un léger bourdonnement spécifique, sans modification du pouls et de la température. La moitié de cette dose administrée par la bouche en solution aqueuse possède une amertume très marquée et détermine une sensation de brûlure de la gorge avec éternuement, de l'œdème des lèvres et des paupières, des phénomènes d'urticaire, des palpitations avec tachycardie et un abaissement de la température rectale de 37°,4 à 36°,4. Ces phénomènes disparaissent en 3 à 4 heures. L'action par les voies digestives est donc beaucoup plus forte que par la voie sous-cutanée ; il semble que, sous l'influence des sucs digestifs, les deux poisons combinés en un seul corps dans la solution se dédoublent et reprennent chacun leur intensité toxique. En résumé, la formule de Laveran donnerait naissance à une véritable combinaison chimique de la quinine et de l'antipyrine, à un nouveau corps dont l'existence semble d'ailleurs établie par des expériences physico-chimiques de J. Sjoqvist. H. DE BRINON.

Jul. DOMINO. Heilung von Neuralgia spermatica durch Methylenblau (*Berlin. klin. Woch., p. 859, 27 sept. 1897*).

Domino a obtenu la guérison de 3 cas de névralgie testiculaire par l'administration à l'intérieur de bleu de méthylène. Dans le premier cas, où la névralgie avait résisté à tous les médicaments anodins depuis une quinzaine, la castration devait être opérée le lendemain du jour où D., consulté, employa le bleu de méthylène ; le malade fut guéri au bout de quelques heures, après l'ingestion de 50 centigrammes.

Aucun des 3 malades n'a eu de récidive. Chez aucun, le médicament n'a déterminé d'albuminurie ; un seul a eu pendant quelques heures du ténesme vésical. J. B.

ZIEGELROTH. De l'hydrothérapie dans la malaria (*Therap. Monats., p. 424, août 1897*).

Les douches froides peuvent guérir la fièvre intermittente récente et légère, avec ou sans splénomégalie, sans l'usage de la quinine, qui ne doit être donnée qu'en cas de non guérison. L'hydrothérapie agit en exaltant les propriétés parasiticides de l'organisme.

Les douches locales sur la région splénique font disparaître la tuméfaction de la rate. La sudation peut dans certains cas remplacer la douche froide. Celle-ci est un excellent moyen prophylactique.

PAUL TISSIER.

FRANTZIUS. Statistique de la station Pasteur de Tiflis (*Ann. de l'Inst. Pasteur XI, p. 791*).

Sur 232 malades ayant suivi le traitement en 1896, il y eut 3 morts dont un seul cas 15 jours après la fin en traitement.

L'urine des animaux rabiques n'est pas virulente; le virus rabique ne se transmet pas de la mère au fœtus. La virulence de la moelle de lapins de passage diminue un peu à la suite de quelque temps d'exposition aux rayons Röntgen. La virulence se couserve plus longtemps qu'on ne le croyait dans la moelle rabique conservée dans la glycérine et l'eau.

PAUL TISSIER.

I. — ASAM. Ein Fall von Wundstarrkrampf...... (Un cas de tétanos traumatique guéri par l'emploi de l'antitoxine) (*Münch. med. Woch., p. 886, 10 août 1897*).

II. — ENGELMANN. Zur Serumtherapie des Tetanus (*Ibid., 17 août 1897*).

III.— WEISCHER. Ueber zwei mit Behring'schem serum..... (Sur deux cas de trismus et de tétanos traités par le sérum de Behring) (*Ibid., 16 nov. 1897*).

IV.— F. SUTER. Drei mit Heilserum behandelte Fälle von Tetanus (*Corresp.-Blatt. f. schweiz Aerzte, n° 17, 1er sept. 1897*).

V. — E. BOINET. Guérison d'un cas de tétanos traité par des injections de sérum antitétanique (*Gaz. hebd. Paris, 25 nov. 1897*).

I. — Enfant de 11 ans, tétanos au début, traité par l'ablation du foyer purulent, cautérisation de la plèvre par l'acide phénique concentré, pansement antiseptique. Chloral et morphine à l'intérieur. Les symptômes augmentent, l'enfant reçoit le lendemain, dans la veine saphène interne, 5 centimètres cubes d'antitoxine, dilués dans 50 centimètres cubes d'eau à 38°. Vers le soir absence de secousses; le lendemain, le trismus est moins fort; la fièvre diminue ainsi que les autres symptômes les jours suivants, et, 15 jours après l'injection, la guérison est incomplète.

II. — L'auteur conclut de son travail que l'antitoxine tétanique tant de Tizzoni que de Behring peut influencer favorablement la marche de la maladie. Ces substances ne sont pas nuisibles, même à haute dose; il faut donc les employer le plus tôt possible à doses en rapport avec la gravité des cas. On ne peut établir de différence d'action entre l'antitoxine de Tizzoni et celle de Behring.

III. — 1° Le malade est vu 10 jours après l'infection, 4 jours après les premiers symptômes; tétanos typique de moyenne intensité. La première injection est faite 8 jours après les premiers symptômes, et 2 jours après est faite la 2e injection. Après la première dose les symptômes s'accrurent; ils ne diminuèrent qu'après la seconde.

2° Ressemblait plutôt à une tétanie grave généralisée; mais il manquait la position caractéristique des mains et le phénomène de Trousseau. Au moment de l'injection il se produit une crampe tétanique générale prolongée, qui le lendemain fait place à l'état antérieur et à partir de là à un amendement progressif des phénomènes. C. LUZET.

IV.— Relation de 3 cas de tétanos traités par le sérum spécifique à l'hôpital bourgeois de Bâle, dans les services d'Immermann et de Socin. Ces 3 malades ont été, en outre, soumis à la médication narcotique et antispasmodique (chloral, morphine, bromure), et ont subi l'amputation du membre blessé. Seul le premier a guéri. J. B.

V. — Homme de 49 ans, atteint de plaie des doigts et occupé à décharger des sacs souillés par de la terre au port d'embarquement de la Réunion : ce travail se faisait au milieu de flots de poussière soulevé par le déchargement des sacs. Huit jours plus tard il est pris des premiers symptômes du tétanos,

que l'on constate au complet au bout d'une semaine. Du 22 octobre au 2 novembre 10 injections de sérum antitétanique sont pratiquées et suivies de guérison. OZENNE.

E. MOULIN. Contribution à l'histoire de l'érysipèle au point de vue thérapeutique (*Thèse de Paris, 1897*).

Le sérum antistreptococcique s'est montré inefficace dans un certain nombre de streptococcies, et expérimentalement Méry et Courmont ont montré que le sérum de Marmoreck n'agissait pas sur certains échantillons de streptocoque.

Mais, d'autre part le sérum antistreptococcique a eu une influence favorable dans nombre de cas et il ne paraît pas nocif, les accidents qui se sont manifestés dans quelques cas après son administration ayant été légers. Il ne faut donc pas le rejeter de parti pris de la thérapeutique.

L'érysipèle étant en général une maladie bénigne, l'emploi du sérum ne s'impose pas, à moins qu'il n'y ait d'autres localisations streptococciques, ou que la maladie n'évolue chez un sujet débilité par une maladie antérieure chez lequel on peut craindre une complication pulmonaire, cardiaque ou rénale.

La sérothérapie est encore indiquée dans les septicémies streptococciques, puerpérales, chirurgicales, ou médicales.

Dans les broncho-pneunomies les résultats seront souvent modifiés par les associations microbiennes.

On n'usera pas du sérum avant d'avoir contrôlé par un examen bactériologique la présence du streptocoque dans l'organisme.

Il ne faudra pas négliger d'employer en même temps que le sérum, le traitement local et la médication symptomatique. H. BOURGES.

ROLLESTON. Treatment of acromegaly by the extract of thyroïd and pituitary glands simultaneously (*The Lancet, p. 1443, 4 déc. 1897*).

L'auteur rapporte deux cas d'acromégalie, traités par l'extrait de glande thyroïde et de corps pituitaire : la céphalalgie intolérable dans les deux cas a été immédiatement soulagée, sans qu'aucun changement survînt dans les modifications de structure des autres organes.

P. MAUBRAC.

W. LAZKO et J. SCHNITZLER. Ein Beitrag zur Organotherapie..... (Contribution à l'organothérapie dans l'ostéomalacie) (*Deutsche med. Woch., p. 587, 9 sept. 1897*).

4 observations d'ostéomalacie traitées, pendant de longs mois, successivement par l'opothérapie ovarienne et par le phosphore (solution à 0,08 0/0 dans l'huile de foie de morue) démontrent d'une manière indiscutable l'inefficacité de la première méthode et les propriétés curatives du phosphore. Les malades ont absorbé de 400 à 1,000 tablettes d'extrait ovarien et ont vu, dans le cours de ce traitement, leurs accidents s'aggraver, tandis que régulièrement elles s'amélioraient sous l'action de l'huile phosphorée.

Une 8e observation montre l'influence de la substance ovarienne dans l'ostéomalacie survenant après la castration. On pourrait supposer que si l'ablation de l'ovaire détermine la guérison de l'ostéomalacie l'administration ultérieure de cet organe pourrait réveiller le processus; il s'agissait d'une femme qui, après une opération de Porro, était restée plusieurs années guérie et avait ressenti de nouveau quelques douleurs dans les os. Dans ce cas, 600 tablettes ovariennes furent administrées sans produire aucun résultat favorable ou défavorable. H. DE BRINON.

I. — CERNY et TRUNECEK. Gérison radicale du cancer épithélial (*Semaine méd.*, *5 mai 1897*).

II. —B. HOMELL. Zur Behandlung das Krebses nach Cerny und Trunecek (*Beitr.*, *z. klin. Chir.*, *XVIII*, *p. 789*).

I. — C. et T. ont employé la formule suivante :

Acide arsénieux pulvérisé............	1 gramme.
Alcool éthylique........	aa 75 grammes.
Eau distillée........................	

Après avoir nettoyé la surface du cancer exulcéré ou superficiel, les seuls traités, on applique le topique au moyen d'un pinceau, on laisse évaporer et on panse à plat.

Ce traitement amène, d'après eux, une modification radicale des cancers superficiels (nez, face).

II. — H. qui a essayé ce traitement n'a obtenu aucun résultat. A. C.

Stanley BOYD. On oöphorectomy in the treatment of cancer (*Brit. med. Journ.*, *p. 890*, *2 oct. 1897*).

Mémoire fort intéressant, riche en faits imprévus. L'auteur rappelle d'abord que parfois des cancers du sein opérés récidivent non seulement sur la cicatrice, mais avec dissémination secondaire cutanée et viscérale, s'arrêtent dans leur évolution et peuvent même guérir ; ces guérisons ont semblé parfois coïncider avec la suppression des règles, comme dans les cas observés par Pierce Gould (*Clinic. soc. Rep.*, 29 nov. 1896), et par Bowlby.

Beatson (voy. *R. S. M.*, LI, p. 210) a le premier essayé d'enlever systématiquement les ovaires pour enrayer les progrès du cancer. Sur une femme de 33 ans, opérée et atteinte de récidive, il extirpe les deux ovaires le 15 juin 1895. Cinq semaines après, le cancer commençait à rétrograder; au bout de huit mois, il n'en restait plus trace ; la malade fut présentée à la Société chirurgicale d'Edimbourg et examinée par Bell, Stiles et Chiene, qui constatèrent la guérison. Celle-ci se maintenait en juin 1897. Deux autres cas relativement favorables furent observés par le même auteur.

Stanley Boyd a pratiqué cinq fois l'ablation des ovaires dans des cas où il y avait impossibilité d'extirper des cancers du sein propagés à la peau et aux ganglions. Quatre fois l'opération a été suivie de résultats inattendus. Dans une série de schémas qui correspondent aux différentes

dates des observations, il montre les tumeurs secondaires diminuant et la néoplasie s'atrophiant progressivement, donnant aux malades une survie considérable; dans l'observation 2, les adénites cancéreuses secondaires avaient disparu complètement, vingt-quatre semaines après l'opération.

Ces faits sont jusqu'ici trop peu nombreux pour qu'on puisse édifier une théorie. Stanley Boyd suppose que la sécrétion intime des ovaires peut dans certains cas activer le développement du cancer, et que la suppression de cette sécrétion favorise, au contraire, la dénutrition du néoplasme. H. RENDU.

MARTINI. Revulsione e processi infettivi (*Lo Sperimentale, LI, p. 309*).

La révulsion cutanée produite par la cantharidine ou la thermo-cautérisation n'est pas capable de modifier favorablement la marche des processus phlogistique de nature bactérienne, se passant dans les tissus sous-jacents à la peau. Elle n'empêche pas la généralisation de l'infection et n'augmente pas la résistance organique. Histologiquement étudiées, les lésions produites dans la peau par le révulsif et celles provoquées dans les tissus sous-jacents par la présence des bactéries pathogènes, marchent séparément l'une de l'autre, sans s'influencer réciproquement. La révulsion exercée par ces moyens, outre qu'elle est en tout cas inutile, peut quelquefois devenir dangereuse. C. LUZET.

WAGNER. Die Wundbehandlung mit Menthoxol..... (Le traitement des plaies par le menthol, le camphoroxol et le naphtoxol) (*Deutsche med. Woch., suppl., 4 nov. 1897*).

Les trois nouveaux médicaments renferment comme partie essentielle du peroxyde d'hydrogène en solution à 3 0/0 combiné avec 1 0/0 de menthol ou de camphre 2 0/0 de naphtol et 38 0/0 d'alcool. Ces médicaments en solution à 10 0/0 tuent, en 3 heures, les spores charbonneuses. Les mêmes solutions sans peroxyde d'hydrogène ne donnent aucun résultat dans le même laps de temps, la solution de peroxyde d'hydrogène seule et la solution d'alcool à 33 0/0 exigent 6 heures pour tuer les mêmes spores.

Le peroxyde d'hydrogène se conserve pendant plus de 3 mois dans les solutions sans qu'elles perdent de leurs propriétés. Ces solutions agissent très favorablement sur les plaies suppurantes, on les emploie en lavages, en pansements, elles font disparaître la putridité, excitent la granulation sans irriter les tissus, elles sont absolument inoffensives et leurs propriétés désodorantes sont précieuses. H. DE BRINON.

HYGIÈNE.

I. — BAUM et SELIGER. Wird das dem Körper einverleibte Kupfer auch mit Milch ausgeschieden und wirkt derartige Milch schädlich..... (*Arch. f. wissens. und prakt. Thierheilk., XXII*).

II. — **BASCH et WELEMINSKY. Ueber die Ausscheidung von Mikroorganismen durch thätige Milchdrüse** (*Berlin. klin. Woch., 8 nov. 1897*).

III. — **A. MASSONE. Sulla presenza del bacillo tubercolare nel latte del mercato di Genova** (*Ann. d'Ig. sperim., 1897*).

IV. — **K. OBERMUELLER. Ueber Tuberkelbacillenbefunde in der Marktbutter** (*Hyg. Rundsch., 15 juill. 1897*).

V. — **PETRI. Bemerkungen.....** (*Ibid., 15 août 1897*).

VI. — **Axel HOLST. Beobachtungen über Käsevergiftungen** (*Centralbl. f. Bakt., XX*).

I. — Expériences sur 2 chèvres auxquelles on faisait prendre, mêlé à la nourriture, du sulfate de cuivre, aux doses successives de 50 centigrammes à 1 gramme; seule cette dernière dose a déterminé des troubles digestifs. Il n'y a eu aucun phénomène d'intoxication chronique, malgré que la première chèvre ait pris en tout 105 grammes de sulfate et la seconde 40 grammes en 83 jours. La secrétion lactée n'a éprouvé aucune modification qualitative ou quantitative; de jeunes chiens et chats ont été nourris impunément, 3 mois durant, exclusivement avec le lait de ces deux chèvres et le cuivre n'a été décelé dans le lait qu'à l'état de traces et seulement de loin en loin.

II. — Expériences sur des femelles de cobayes allaitant leurs petits; injections intraveineuses de cultures microbiennes. Basch et Weleminsky concluent que les germes infectieux ne sont éliminés, par la sécrétion mammaire, qu'autant qu'ils se trouvent mélangés mécaniquement au lait en raison d'hémorragies ou d'autres lésions locales (foyers de mortification ou de suppuration) provoquées dans la glande par ces microbes (bacilles pyocyanique et morbificans bovis). Dans beaucoup de maladies, même septicémiques, où le sang fourmille de germes, le lait reste stérile jusqu'à la fin et même après la mort (bacilles charbonneux, typhoïdique, cholérique, diphtérique; staphylocoque; streptocoque de la fièvre puerpérale; cette dernière observation a été faite sur la femme).

III. — Massone a recherché s'il se trouvait des bacilles tuberculeux dans le lait vendu à Gênes, en inoculant dans la cavité péritonéale de cobayes 5 ou 6 centimètres cubes du mélange du sédiment et de la couche crémeuse obtenue par centrifugation du lait. Il a constaté la présence de ces bacilles dans 9 0/0 des cas et fait remarquer qu'il faut parfois tenir en observation les cobayes 5 ou 6 mois avant qu'ils succombent à la tuberculose.

IV. — Obermüller a trouvé des bacilles tuberculeux virulents dans tous les échantillons (14) de beurre berlinois examinés, l'an dernier, à l'Institut d'hygiène de l'Université de Berlin. Tous les cobayes auxquels il en injecta dans le péritoine furent atteints de tuberculose généralisée. Chaque échantillon fut inoculé avec le même résultat à 5 ou 6 cobayes; les échantillons avaient été prélevés, chez les marchands, à intervalles les uns des autres.

V. — Au laboratoire de l'Office sanitaire de l'Empire, à Berlin, Petri qui, depuis deux ans, a recherché le bacille tuberculeux dans plus de 100 échantillons de beurre, a constaté la présence de bacilles virulents

pour les cobayes dans un peu plus de 30 0/0 des cas, tandis que dans près de 60 0/0 de la totalité des échantillons il s'agissait de bacilles pseudo-tuberculeux.

VI. — On consomme couramment en Norvège un fromage tendre qui se prépare par des pétrissages répétés à la main et l'action d'une chaleur douce. Fréquemment, les consommateurs sont pris, pendant plusieurs jours, de violente diarrhée, de coliques, de douleurs de tête et des membres, d'une courbature intense et de fièvre. Toujours il s'écoule entre l'ingestion du fromage et l'apparition des premiers symptômes un espace de plusieurs heures; chez Holst, qui s'infecta accidentellement en examinant le fromage, il se passa 40 heures avant le début des troubles morbides; chez les lapins alimentés avec le fromage suspect, il a noté également un stade d'incubation. Il s'agit donc, non d'intoxication mais d'infection. Le sang et la rate hypertrophiée des lapins, sacrifiés pendant qu'ils sont malades, contiennent comme le fromage incriminé, des bacilles coliques. Toutefois, les fromages non suspects en renferment aussi, et les bacilles retirés du fromage nocif ne sont pas plus virulents que le bacille colique ordinaire, pour les cobayes auxquels on les injecte dans les veines ou dans la cavité péritonéale, tandis que, contrairement au bacille colique ordinaire, ils déterminent une diarrhée parfois mortelle chez les lapins ou les veaux qui les ingèrent. J. BEX.

I. — NOCARD. Revision des conditions générales d'autorisation des vacheries (*Cons. salubr. Seine, 19 fév. 1897*).

II. — Pierre BUDIN. L'alimentation par le lait (*Ann. d'hyg. publ., sept. 1897*).

III. — L. VAUDIN. Nouveau mode d'appréciation du lait (*Rev. d'hyg., août 1897*).

IV. — J. HAMBURGER. Die Gefrierpunkt-Bestimmung der Milch als Mittel zur Entdeckung und quantitativen Bestimmung von Wasserzusatz (*Molkerei Zeit., 1896, et Hyg. Rundsch., p. 829, 15 août 1897*).

V. — J. WINTER. Ueber den Gefrierpunkt der Milch (*Chem. Zeit., XXI*).

VI. — OSTERTAG. Zur Unterscheidung roher von gekochter Milch (*Zeitschr. f., Fleisch-und Milch-Hyg., VII*).

VII. — Ladislav BAUDIS. Conserve de poudre de lait (*Hyg. Rundsch., p. 927 15 sept. 1897*).

I. — Sur le rapport de Nocard, le Conseil de salubrité de la Seine a adopté, à l'unanimité, un projet de règlement fixant les conditions d'hygiène que doivent remplir les vacheries. Les dimensions des étables doivent être telles que chaque vache dispose d'un cube d'air d'au moins 20 mètres et d'une superficie de 1^m,45 de largeur sur 3^m,20 de longueur. Une ventilation continue sera effectuée par des cheminées d'aération, à raison de une au moins par 6 vaches, en tuyaux de poterie de 25 centimètres de côté, montant au-dessus du toit. Le sol de l'étable et celui de la cour seront imperméables avec pente pour le facile écoulement des liquides. Les murs intérieurs seront cimentés jusqu'à la hauteur de 1^m,75; ainsi que les plafonds, ils seront blanchis à la chaux, chaque année, en mai. Les mangeoires seront en matériaux imperméables. L'eau sous pres-

sion devra être en quantité suffisante pour laver matin et soir tous les locaux. Les urines, le purin, les eaux de lavage et de pluies seront écoulées souterrainement à l'égout. Les fumiers seront disposés sur une aire imperméable, inclinée et complètement enlevés, 3 fois par semaine, avant 8 heures du matin en été, et avant 9 heures en hiver.

Pour éviter le retour des accidents d'asphyxie observés chez les ouvriers, les fosses à drèches n'auront pas une profondeur, au-dessous du sol, supérieure à $1^{m},20$ et resteront constamment ouvertes, protégées seulement contre les intempéries et les poussières par un hangar à claire-voie et un châssis en toile métallique.

Chaque vacherie comportera un local spécialement affecté à la laiterie et ne communiquant ni avec l'étable, ni avec les pièces d'habitation. Les murs en seront imperméables jusqu'à la hauteur de $1^{m},75$. L'aération en sera assurée par des cheminées d'appel s'élevant au-dessus du toit. Les vases seront en verre, porcelaine ou métal bien étamé. Tout récipient ayant servi devra être lavé avec une solution bouillante de carbonate de soude, puis rincé à l'eau bouillante.

II. — Rapport général de la Commission municipale d'étude sur l'approvisionnement de Paris en lait.

D'après la Commission de 1857, la composition moyenne du lait de vache est pour 1000 parties : eau 870 ; matières fixes 130, comprenant lactose 50 ; beurre 40 ; caséine, sels et matières extractives 40. Or, le 1er juin 1897, le laboratoire municipal ayant fait prélever des échantillons de lait chez des débitants des vingt arrondissements, a constaté que la teneur moyenne de leur beurre n'était que de $26^{gr},8$ (extrêmes, 36 grammes dans le Xe arrondissement, et $15^{gr},3$ dans le XIIe).

Paris consomme annuellement environ deux cent millions de litres de lait, dont les deux tiers lui sont amenés par chemins de fer et un quart par les voitures de la banlieue ; un dixième lui est fourni par les 2,400 vacheries urbaines. Le prix du litre oscille entre vingt centimes et un franc.

On voit que, bien que du bon lait soit produit à Paris ou s'y trouve apporté, une grande partie de la population n'en boit que du mauvais. Le lait doit toujours contenir 90 grammes de matières fixes. Suivant la proportion de beurre qu'il renferme, on peut établir 3 catégories de lait : 1° le très bon, renfermant plus de 40 grammes de beurre ; le bon, en renfermant de 35 à 40 ; le médiocre, de 30 à 35. Tout liquide qui contient moins de 30 grammes de beurre ne doit pas être considéré comme du lait au point de vue hygiénique, et ne doit plus être vendu sous ce nom.

III. — Duclaux a montré que si l'on ajoute à du lait quelques gouttes d'une solution de carmin d'indigo pour donner au liquide une teinte bleu pâle, au bout de quelque temps, cette coloration est détruite. Ce phénomène est dû aux microbes aérobies du lait qui manifestent leur action réductrice en transformant la matière colorante en indigo blanc.

Il résulte des expériences de Vaudin que pour une même température, la décoloration du carmin d'indigo est d'autant plus rapide que le lait est plus anciennement trait. Lorsque l'action des ferments sur la lactose a produit quelques décigrammes d'acide lactique par litre, la disparition de la couleur bleue s'opère en peu d'instants à la température ordinaire. Le rôle

des matières protéiques du lait dans la décoloration de l'indigo est nul ou peu important.

Vaudin propose d'appliquer à l'appréciation des qualités du lait, ces faits d'observation et il demande qu'on interdise la vente de celui dont l'action réductrice sur l'indigo est trop rapide. La vérification du pouvoir décolorant du lait est très facile. Le temps minimum pendant lequel un échantillon de lait reste coloré par le carmin d'indigo doit être de 12 heures au-dessous de 15 degrés, de 8 heures de 15 à 20 degrés, et de 4 heures au dessus de 20 degrés de température.

IV. — Pour découvrir le mouillage du lait et doser la quantité d'eau y ajoutée, Hamburger détermine son point de congélation en le refroidissant à l'aide de glace. L'abaissement moyen du point de congélation des échantillons examinés par lui est de 0°,561 ; l'écart entre le maximum 0°,579 et le minimum 0°,556 est partant de 3 0/0. Il reste à savoir si l'observation est exacte pour tous pays. Le procédé demande peu de temps ; en une heure, on peut examiner plusieurs échantillons de lait.

V. — Winter réfute l'assertion de Bordas et Génin, que le point de congélation du lait est sujet à de très grandes variations. Au cryoscope, W. a constaté, comme plus grandes oscillations, seulement un ou deux centièmes. Tout lait non suspect d'être mouillé ne doit s'écarter à l'examen cryoscopique que de 1 ou 2 centièmes de la moyenne, qui est de 0°,55. Donc, la détermination du point de congélation du lait est la méthode à la fois la plus simple, la plus expéditive et la plus sûre pour en vérifier la pureté.

VI. — Le procédé à la fois le plus simple et le plus sûr pour distinguer le lait cru du lait qui a été bouilli, est celui d'Arnold basé sur la propriété qu'a la teinture de gaïac de colorer en bleu le lait non cuit et en jaune sale le lait bouilli. Jamais Ostertag ne l'a trouvé en défaut, à moins que la teinture ajoutée ne fût en trop faible quantité. La proportion la plus convenable est celle de 1 partie de teinture de gaïac pour 10 de lait ; le bleuissement se produit alors en vingt ou trente secondes. Ostertag a pu déceler encore la présence de lait cru dans un mélange de lait n'en renfermant que 15 0/0. Lorsque la proportion de lait cru est de moitié, la teinte bleue apparaît après une ou deux minutes ; lorsqu'elle est de 30 0/0, après six à dix minutes ; de 25 0/0, après onze à quinze minutes, et de 15 0/0, après trente-deux à cinquante minutes.

VII. — Le procédé d'Ant. Rosam (de Pibra) consiste à vaporiser la crème, en pulvérisant le lait sur des plaques chauffées à 50 degrés. 150 grammes de cette poudre de lait correspondent à 1 litre de lait et se composent, en parties centésimales, de : eau, 8,77 ; sels, 3,53 ; graisse, 22,10 ; albuminoïdes, 23,10 ; lactose, 26,36 ; saccharose ajoutée, 20,45.

J. BEX.

I. — Gesetz betreffend den Verkehr mit Butter, Käse, Schmalz und deren Ersatzmittel (*Viertelj. f gerichtl. Med., XIV, oct. 1897 et janv. 1898*).

II. — Bestimmungen zur Ausführung des Gesetzes..... (*Ibid.*).

III. — Anweisungen zur Prüfung von Margarine und Margarinkäse, sowie von Butter und Käse (*Ibid.*).

La nouvelle loi allemande du 15 juin 1897 abroge celle du 12 juillet 1887

sur le commerce du beurre, du fromage, du saindoux et de leurs succédanés. Voici les dispositions les plus intéressantes pour les hygiénistes.

Sous la désignation de margarine, on entend toutes les préparations ressemblant au beurre, frais ou fondu, de vache, dont la graisse ne provient pas exclusivement du lait. Par le terme de graisse alimentaire artificielle, on comprend toutes les préparations ressemblant au saindoux, mais dont la graisse n'est pas exclusivement de porc.

Locaux de vente, récipients, emballages, doivent porter une inscription bien visible et indélébile, indiquant la nature de la marchandise. Les récipients doivent, en outre, être entourés d'une bande rouge. Dans les locaux de fabrication, de conservation, d'emballage ou de vente, on ne peut détenir à la fois du beurre et de la margarine ou du fromage et du fromage de margarine. Toute personne voulant fabriquer de la margarine ou de la graisse alimentaire artificielle doit en donner avis à l'autorité en indiquant les locaux destinés à la préparation, à la conservation, à l'emballage et au débit des produits, ainsi que les individus préposés à ces opérations. Les fonctionnaires et experts de la police sont autorisés à pénétrer, en tout temps, dans les locaux de fabrication et, aux heures d'affaires, dans les locaux de vente du beurre, de la margarine ou de la graisse artificielle et à y prélever des échantillons. Les fabricants sont tenus de fournir aux représentants de la police des informations sur leurs procédés de préparation, l'importance de leur production, ainsi que sur les quantités et la provenance de leurs matières premières. Le Conseil fédéral peut interdire la vente du beurre dont la teneur en graisse n'atteint pas un certain chiffre ou dont la proportion d'eau ou de sels excède une certaine limite.

Le mélange de beurre, de babeurre ou de crème avec de la margarine est prohibé; il n'est licite que dans la fabrication et à condition de n'être jamais fait au delà de parties égales.

Pour aider à la reconnaissance de leur nature, margarine et fromage de margarine doivent contenir une substance qui, sans nuire à leurs qualités et à leur couleur, facilite l'analyse chimique. Le Conseil fédéral a décidé, le 4 juillet 1897, qu'on incorporerait à cet effet aux matières premières au moins 10 0/0 d'huile de sésame pour 100 de graisse ou d'huile, et 5 0/0 de la même huile pour 100 de fromage. Il a de plus fixé les réactions que cette huile de sésame doit présenter en présence du furfurol.

Enfin, l'Office sanitaire de l'Empire a élaboré les instructions nécessaires à l'examen des divers produits, qui doit se faire avec le réfractomètre de Zeiss.

J. BEX.

I. — **VIOLETTE. Du pain coloré artificiellement** (*Revue internat. des falsif.*, *IX*).

II. — **A. von ASBOTH. Magnesiumsulfat als Konservirungsmittel** (*Chem. Zeit.*, *XX*).

III. — **LUDWIG. Einfache Methoden für den Nachweis von Salicylsäure und von Borsaüre in Nahrungs-und Genussmittel** (*Oesterr. Sanitätsw.*, *1896*).

IV. — **BLAS. Rapport au Conseil supérieur d'hygiène de Belgique sur les produits saccharinés** (*Mouvem. hygién.*, *p. 169, avril-mai 1897*).

V. — **Arrêté royal belge du 30 décembre 1896** (*Ibid., p. 32, janv. 1897*).

VI. — Wilh. SCHULTE. Städtisches Untersuchungsamt für Nahrungsmittel..... zu Bochum (*Chem. Zeit., XX*).

VII. — H. KREIS. Kantonales chemisches Laboratorium der Stadt Basel..... (*Ibid.*).

VIII. — F. SCHAFFER. Kantonales chemisches Laboratorium in Bern..... (*Ibid.*).

I. — Violette a constaté dans du pain la présence de taches bleues provenant d'une coloration avec le bleu d'aniline de la farine d'avoine ; c'est pour en masquer la teinte jaunâtre, la transformer en blanche, que certains meuniers ajoutent un peu de bleu à la farine, en la blutant.

II. — Von Asboth signale l'emploi de sulfate de magnésie comme agent conservateur des substances alimentaires. Il a observé dans une famille, qui avait mangé du jambon conservé de cette façon, de violents phénomènes d'intoxication dus à la présence d'une quantité considérable de ce sel.

III. — On décèle l'acide salicylique en agitant la substance alimenteire avec de l'éther de pétrole et en versant sur le résidu d'évaporation une solution de perchlorure de fer. L'apparition d'une couleur violette révèle l'acide salicylique.

L'acide borique et ses sels se trahissent par la coloration verte de la flamme d'un bec de gaz ou d'une lampe à alcool, coloration due aux vapeurs dégagées des objets suspects évaporés et acidulés avec l'acide chlorhydrique fumant.

Ludwig ajoute que ces deux procédés de recherche ont l'avantage de pouvoir servir aussi aux simples consommateurs.

IV. — Les brasseurs, d'après Blas, ne peuvent guère introduire dans un hectolitre de bière que 2 grammes de saccharine, sinon la saveur sucrée devient intolérable. A cette dose, la saccharine ne joue aucun rôle fermentescible et, par conséquent, ne sert pas à conserver la bière. En revanche, elle y est employée : 1° pour masquer la saveur des bières aigries et gâtées par les fermentations acides ; 2° pour remplacer la moitié du malt nécessaire, ce qui en diminue la valeur alimentaire.

V. — Un arrêté royal pris en conformité de l'avis ci-dessus du Conseil supérieur d'hygiène de Belgique modifie l'arrêté du 10 décembre 1890 et prohibe l'emploi de la saccharine ou de tout autre édulcorant autres que les sucres proprement dits.

VI. — La méthode de Reichert pour doser les graisses étrangères dans le beurre est peu exacte quand la proportion de margarine est faible. Très défectueuses aussi sont les méthodes pour reconnaître la présence de graisses végétales et de stéarine dans le saindoux américain, surtout si celui-ci, comme presque toujours, est déjà vieux au moment de l'examen !

Tous les jus de framboises examinés au laboratoire de Bochum contenaient du jus de cerises et presque toujours de l'acide salicylique.

VII. — On vend sous le nom de lauréol pour les usages alimentaires, la graisse de coco épurée.

Les rondelles de pommes américaines renferment jusqu'à $0^{gr},28$ d'oxyde de zinc.

On a noté à Bâle un cas d'empoisonnement arsenical sur des personnes

couchant dans une chambre tapissée d'un papier exempt lui-même d'arsenic, mais collé sur l'ancien papier qui était très arseniqué.

VIII. — Dans le canton de Berne, on a trouvé du cuivre dans de la viande de porc salée dans un récipient qui avait servi à sulfater du blé.

Les sifflets en métal pour enfants contiennent de 42 à 84,3 0/0 de plomb. J. BEX.

I. — Bericht über die XVe Jahresversammlung der freien Vereinigung bayerischer Vertreter der angewandten Chemie..... (*Hyg. Rundsch.*, *p. 419*, *15 avril 1897*).

II. — Jahresversammlung der schweizerischen analytischen Chemiker in Genf..... (*Ibid.*, *p. 930*, *15 sept. 1897*).

I. — La réunion des chimistes bavarois avait à son ordre du jour la réglementation sanitaire du commerce du café et de ses succédanés. Sur les rapports de Ed. von Raumer, A. Förster, J. Mährhofer, Trillich, elle a adopté un certain nombre de résolutions dont voici les plus intéressantes.

Café brut. — Les matières colorantes usuellement introduites dans le café sont le chromate de plomb, le minium, l'ocre, le graphite, le charbon, le talc, l'indigo, le smalt, le bleu de Berlin et l'oxyde de chrome. Comme il n'en est employé que des quantités minimes ($0^{gr},25$ à $0^{gr},5$) pour colorer un kilogramme de café, l'analyse chimique ne suffit pas pour les déceler; il faut pratiquer l'examen microscopique de fines coupes de la cuticule des grains et procéder ensuite à des réactions microchimiques pour caractériser la matière aperçue. Toute coloration artificielle du café n'ayant d'autre but que de lui donner une meilleure apparence, il convient de l'interdire, alors même qu'elle est pratiquée avec des substances non toxiques.

La manipulation connue sous le nom de fermentation artificielle peut être autorisée, car elle n'altère pas sensiblement le grain de café.

Il n'est pas possible de fixer un maximum de teneur en eau pour le café non grillé.

Café grillé. — Parmi les procédés tendant à améliorer le café torréfié, on peut accepter :

1° L'humectage préalable des grains pour obtenir un rôtissage uniforme ; 2° la caramélisation avec du sucre dans un but de conservation, à la condition que la couche de revêtement, entraînable par lavage, n'excède pas 3 0/0 et que les grains soient rôtis normalement ; 3° l'imprégnation avec l'extrait des enveloppes du grain de café.

La teneur en eau du café grillé ne doit pas dépasser 6 0/0; on la déterminera par dessication pendant 3 heures de 5 grammes de café finement moulu.

Succédanés du café. — Ils ne doivent être vendus que sous une dénomination indiquant leur nature véritable. La proportion d'eau de la chicorée et du café de figues ne doit pas excéder 18 0/0; celle des autres similaires, 12 0/0.

II. — L'assemblée annuelle des chimistes analystes suisses s'est occupée, à Genève, de l'examen des viandes et de l'emploi des colorants alimentaires. Sur ces deux questions, elle a voté une série de règles dont nous reproduisons les principales :

Examen et appréciation des viandes. — Les examens chimique, microscopique et bactériologique des viandes peuvent venir en aide à l'inspection des viandes qui doit être sous la direction des vétérinaires. L'examen des viandes *fraîches* doit porter sur les points suivants : 1° Propriétés organoleptiques et réaction ; 2° reconnaissance de la viande équine ; 3° recherche de médicaments nuisibles à la santé des consommateurs ; 4° recherche d'agents conservateurs ; 5° recherche des parasites ; 6° recherche des ptomaïnes.

L'examen des *conserves* de viandes doit comprendre : 1° Les qualités organoleptiques ; 2° les agents conservateurs ; 3° la détermination des impuretés métalliques ; 4° l'analyse quantitative des divers élements alibiles.

L'examen des *saucissons* embrasse : 1° les propriétés organoleptiques, 2° le dosage de la teneur en eau ; 3° celui de l'albumine ; 4° celui de la graisse ; 5° la recherche de la fécule d''amidon ; 6° celle des matières colorantes ; 7° celle des agents conservateurs : 8° l'état de fraîcheur de la marchandise.

Pour distinguer la viande de cheval des autres sortes de viande, on pourra s'appuyer sur les chiffres suivants :

	Graisse équine —	Graisse bovine —
Indice de réfraction (avec le Zeiss à 40°)	51°—59°	43°, 45°, 49°
Indice d'iode	80-94	35-44

	Viande équine —	Viandes de bœuf et de mouton —
Glycogène	0,5—1 0/0	rarement des traces
Glucose	jusqu'à 0,417 0/0	au maximum : 0,23 0/0

L'addition de moyens conservateurs doit être proscrite, à l'exception du sel de cuisine et du salpêtre. Les bons saucissons renferment moins de 60 0/0 d'eau ; on doit rejeter ceux en renfermant plus de 70 0/0. L'introduction de farine ou de pain dans les saucissons, la coloration artificielle de la chair du saucisson et de son enveloppe, alors même qu'elle est due à des substances inoffensives, doivent être prohibées comme ne servant qu'à conférer une meilleure apparence à des produits médiocres, non frais ou déjà corrompus.

Colorants alimentaires. En principe, on ne saurait admettre une coloration artificielle quelconque des viandes, de la charcuterie, des pâtes alimentaires, des vins, du vinaigre, de la bière, du café, du thé, du chocolat, des épices, des sirops, gelées et limonades. Pour colorer les aliments et boissons dont la coloration est autorisée, on ne doit jamais employer : *a*) les matières colorantes d'antimoine, de brome, de baryum, de plomb, de cadmium, de cuivre, de chrôme, de mercure, de zinc et d'étain ; les conserves de légumes ne doivent renfermer au plus que dix centigrammes de cuivre par kilogramme ; *b*) la gomme-gutte ; *c*) les matières colorantes du goudron, à l'exception des suivantes qui peuvent être employées à l'état chimiquement pur : fuchsine, fuchsine acide, ponceau, éosine, phloxine, bleu d'alizarine, bleu d'alinine, bleu alcalin, indo-

line, jaune de naphtol S, jaune acide S, orange, violet de méthyle, vert de malachite. J. BEX.

I. — C.-H. MORROW. Seven cases of acute poisoning caused by eating the liver and heart of a sword-fish (*Boston med. and surg. Journ., 20 août 1896*).

II. — Friedrich SCHATTEMANN. Beitrag zur Kenntniss der Wurst-und Fleischvergiftungen (*Thèse d'Erlangen, 1897*).

III. — C. GUENTHER. Bakteriologische Untersuchungen in einem Falle von Fleischvergiftung (*Arch. f. Hyg., XXVIII*).

IV. — VAN ERMENGEM. Le botulisme et les intoxications alimentaires (*Revue d'hyg., oct. 1897*).

I. — Sept pêcheurs ayant capturé, le 31 juillet, sur les côtes de la Nouvelle-Ecosse, un espadon, en font rôtir le cœur et le foie découpés en morceaux, qu'ils trouvent excellents. Bientôt ils sont pris de nausées, puis au bout de 3 à 4 heures, de vomissements. A ce moment, ils avaient du sel d'Epsom et ont plusieurs selles diarrhéïques. Surviennent ensuite des douleurs de tête assez intenses pour les obliger à s'aliter pendant plusieurs heures. Le lendemain apparaît, surtout au tronc, un exanthème papuleux; aux membres inférieurs, il est peu abondant et localisé principalement autour des rotules. Le 3e jour, l'éruption se termine par desquamation et la peau de la face interne des mains se détache en grands lambeaux. Ceux qui avaient le plus mangé des organes du poisson furent les plus malades.

II. — Schattemann a fait l'examen bactériologique de 27 échantillons de charcuteries et de viandes; dans 14, il a trouvé le protée de Hauser et dans les 13 autres aucun microbe. Même dans les saucissons et les viandes fumées, les microrganismes viables étaient en nombre considérable et d'espèces très variées. Parmi les viandes lentement fumées, seul le lard s'est montré stérile à l'intérieur. Dans la viande fumée de Hambourg, dans les cervelas, dans les jambons (chair et blanc) il y avait beaucoup de germes au nombre desquels plusieurs fois le protée. Il ressort de ces recherches que le fumage ne peut tuer entièrement les germes des viandes contenant beaucoup d'eau.

III. — Dans plusieurs localités de la province de Posen, de nombreuses personnes tombèrent malades après avoir mangé de la saucisse et du boudin de porc. Les symptômes les plus saillants étaient des coliques, des vomissements, de la diarrhée, une courbature intense et une grande faiblesse. Un homme de 47 ans mourut après moins d'un jour de maladie. Toute la viande provenait d'un même boucher et l'expertise ne fit rien découvrir d'insolite sur les échantillons saisis. Günther, chargé de pratiquer un examen bactériologique, eut à sa disposition les organes du mort déjà en putréfaction avancée ainsi que des morceaux de la viande pris dans sa demeure ou chez le boucher. De la viande, il a pu isoler 15 espèces microbiennes, entre autres le bacille colique, celui de Zopf, le protée, d'autres microbes de putréfaction et plusieurs sortes de coques. La rate et le foie de la victime recelaient le bacille de l'entérite de Gärtner qui s'est montré mortel pour les souris et cobayes par les voies buccale, sous-cutanée et intra-péritonéale.

IV. — Parmi les accidents morbides dus à l'ingestion d'aliments d'origine animale, Van Ermengem distingue un groupe bien défini, revêtant

les caractères cliniques du botulisme. Sous ce dernier nom, il ne comprend pas seulement les accidents déterminés par l'usage de certaines saucisses ou de boudins de foie et de sang, fabriqués dans le Wurtemberg et la Saxe, mais aussi ceux provoqués par des viandes salées et fumées, des conserves de viande en boîtes, des pâtés de gibier recouverts de graisse et surtout par des poissons salés (esturgeon, saumon). Les matières alimentaires qui occasionnent le botulisme offrent plusieurs particularités communes. Ce sont des produits destinés à être consommés tardivement, après plusieurs semaines de conservation et exposés par leur mode de préparation à devenir le siège de fermentations anaérobies ; frais, on a pu les ingérer sans inconvénient ; ils sont mangés généralement à l'état cru et n'ont jamais occasionné d'accidents quand on les avait soumis à la cuisson; enfin, il a été fréquemment constaté que certaines parties de la masse n'étaient pas nuisibles et que d'autres, parfois très limitées, situées dans la profondeur étaient douées au plus haut degré de propriétés pernicieuses. Les altérations qui rendent ces aliments dangereux n'ont rien de commun avec celles résultant de la putréfaction banale des albuminoïdes ; les caractères extérieurs de la décomposition putride font presque toujours défaut; l'analyse chimique n'y a révélé que des traces de ptomaïnes et l'examen bactériologique y démontre habituellement l'absence de microbes nombreux de la putréfaction.

Le botulisme diffère aussi très nettement des accidents consécutifs à l'ingestion de viandes d'animaux atteints de maladies septicémiques. Il consiste en effet essentiellement en troubles nerveux d'origine centrale surtout visuels et a pour symptômes caractéristiques : la paralysie de l'accommodation, la mydriase, la ptosis, la diplopie, la dysphagie, l'aphonie, la sécheresse et la rougeur de la muqueuse bucco-pharyngée, la rétention d'urine, la constipation; les troubles gastro-intestinaux sont passagers, peu prononcés ou nuls. Les accidents débutent 24 ou 36 heures après manger, sans fièvre ni troubles de l'intelligence ou de la sensibilité générale. La maladie aboutit, 25 à 40 fois sur 100, à la mort par paralysie bulbaire ou bien elle se prolonge pendant des semaines ou des mois.

Les accidents consécutifs à l'usage des viandes putréfiées et ceux produits par la chair d'animaux septicémiques n'ont pas une symptomatologie aussi univoque et typique. Ils suivent généralement une marche aiguë et évoluent en quelques jours, sous forme d'une attaque de choléra nostras ou d'une gastro-entérite avec phénomènes adynamiques ou ataxiques ; l'intensité en varie beaucoup. Ils s'accompagnent de douleurs intestinales, de fièvre, d'albuminurie, de troubles cérébraux et d'éruptions cutanées diverses. L'entérite septique est due à diverses espèces pathogènes parmi lesquelles un microbe, très voisin du bacille typhoïdique et appartenant au groupe des colibacilles, occupe la première place.

A côté de cette entérite septique, il existe des états inflammatoires, peu graves généralement, des voies digestives, d'origine toxique, qui sont occasionnés par des poisons microbiens résistant à l'ébullition et constitués par la masse protoplasmique même des microbes saprophytes qui ont pullulé dans les aliments avariés.

Le botulisme, lui, est causé par le *bacillus botulinus* que Van Ermengem a découvert, lors des accidents d'Ellezelles dont 4 furent mortels,

dans un jambon et dans les organes d'une des victimes ; il existait au sein du jambon dans le tissu conjonctif intermusculaire, sous forme d'amas de spores et faisait généralement défaut dans le lard. Le porc qui avait fourni ce jambon paraissait sain et à l'état frais sa chair avait été mangée impunément. Il semble résulter des expériences de Van Ermengem sur des animaux que le microbe botulique ne se multiple pas dans l'organisme et n'y fabrique pas de poison en quantité appréciable. Le bacille du botulisme est un anaérobie obligatoire, peu mobile, muni de cils très grêles ; il donne naissance à des spores terminales allongées; ses colonies sont circulaires, formées de granulations transparentes et douées de déplacements continuels ; elles ont une odeur rance, butyrique. Le bacille ne se développe qu'en milieu alcalin et est pathogène pour de nombreuses espèces animales. J. BEX.

I. — RICHE. Au sujet d'un procédé pour la conservation de la viande fraîche (*Conseil salubr. de la Seine*, *23 juill. 1897*).

II. — Robert STÖRMER. Welche Bedenken lassen sich gegen die Sitte des Ausstopfens..... (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, *oct. 1897*).

I. — L'*olabar* est une solution de bisulfite de chaux contenant 99 grammes d'acide sulfureux par litre. Ce produit commercial est destiné à fournir à la boucherie un moyen de prévenir, en temps d'orage, la putréfaction de la viande.

Il résulte d'essais chimiques et histologiques que l'acide sulfureux et le bisulfite de chaux en solutions très étendues communiquent à la viande fraîche une sorte de transparence dans ses parties extérieures, la dilatent considérablement et la pénètrent rapidement. En outre, l'acide sulfureux coagule, dès 50°, les matières albuminoïdes solubles de la viande.

Sur le rapport de Riche, le Conseil de salubrité de la Seine proscrit d'une façon absolue la conservation des viandes par les substances chimiques et n'encourage que les procédés ayant pour base le froid ou l'air sec.

II. — A Berlin, les marchands de volailles ont la coutume, pendant la saison chaude, de bourrer l'intérieur des volailles, généralement vidées au préalable, avec du papier de maculature non collé. Cette manipulation a le double effet de faire apparaître la volaille plus grasse et plus charnue en empêchant l'affaissement des cavités du corps; d'autre part, d'en favoriser la conservation en absorbant les liquides et en empêchant l'entrée de l'air. Le public ne cesse de protester contre cet usage, qui a des inconvénients multiples au point de vue de la propreté, de l'hygiène et de la police sanitaire. J. BEX.

I. — KUTSCHER. Ueber Darmfäulniss nach Verfütterung von Fleisch tuberkulöser Rinder (*Arch. f. Hyg.*, *XXVII*).

II. — NIEBEL. Tetanus und Fleischgenuss (*Zeitschr. f. Fleisch-und Milch Hyg.*, *VII*).

I. — Kutscher conclut de ses expériences d'alimentation sur un chien, que les organes tuberculeux et même la chair musculaire, intacte d'appa-

rence, de bovidés atteints de tuberculose, subissent dans l'intestin la putréfaction à un plus haut degré que les organes et la viande d'animaux sains.

II. — Dans les grandes villes, beaucoup de chevaux tétaniques sont abattus pour la boucherie. A Berlin, par exemple, en 1894 et 1895, sur 175 chevaux tétaniques arrivés à l'abattoir, 173 ont été reçus pour la consommation, sans qu'on ait rien éliminé de leur viande; les 2 autres ont été refusés parce que la maladie était trop avancée.

Bien que la transmission du tétanos de l'animal à l'homme par l'usage de la viande n'ait pas encore été observée, la question se pose de la nocuité de cette viande, et Niebel regarde au moins comme indispensable d'écarter de la consommation les parties qui représentent le lieu d'infection et recèlent le microbe sous forme virulente. En effet, les consommateurs de saucisson de cheval peuvent avoir, dans les premières voies, des blessures accidentelles qui favorisent la contagion. Quant au poison formé par le bacille de Nicolaier, comme il se trouve répandu dans tout le corps et qu'on rejette les animaux très malades, il est en trop minime quantité pour s'en inquiéter.

Mais pour rejeter les parties suspectes, il faut découvrir l'entrée de l'infection, sinon la place exacte, du moins la région (garrot, sabot) qui a été le point de départ de la maladie, ce qui sera facilité par le certificat du vétérinaire traitant.

Dans les cas où il sera impossible de déceler la voie d'entrée, Niebel veut qu'on interdise l'abatage comme on le fait dans ceux où la maladie a atteint un degré tel, que les muscles présentent les qualités de la viande corrompue. J. BEX.

I. — Hans SERTZ. Verhalten von Formaldehyd gegen Eiweisskörper, Gelatine und Peptone..... (*Thèse d'Erlangen, 1897*).

II. — Circulaire du ministre de l'Intérieur du 18 octobre 1897 (*Conseil salubr. de la Seine, 29 oct. 1897*).

I. — Le formaldéhyde rend insolubles la gélatine, toute une série d'albuminoïdes, ainsi que la caséine et la protéine. En revanche, restent solubles quand on les traite par le formaldéhyde, toutes les peptones et la diastase commerciale.

On peut utiliser la manière inverse dont la gélatine et la peptone se comportent en présence d'aldéhyde formique, pour reconnaître la présence de gélatine dans les extraits de viande, dans les peptones, dans la charcuterie, dans le lait et les gelées de fruits.

II. — Interdiction de vendre des aliments contenant de la formaline, d'une part parce qu'elle arrête des fermentations utiles à la digestion, d'autre part parce qu'elle sert à masquer l'altération d'aliments de mauvaise qualité. J. B.

G. PUPPE. Zur Kenntniss der Sclererythrins nebst Bemerkungen über ein mittelst desselben herzustellenden Reagenzpapier (*Viertelj. f. gerichtl. Med., XIV, oct. 1897*).

Des trois moyens dont on dispose pour reconnaitre la présence de

seigle ergoté, l'épreuve de la sclérérythrine est le meilleur, car l'examen microscopique n'est probant que lorsqu'il est positif et la recherche de la triméthylamine à l'aide de la solution froide de potasse caustique, exige que la proportion de seigle soit au moins de 1,25 0/0, sans compter que d'autres substances organiques peuvent fournir de la triméthylamine.

Par l'épreuve de la sclérérythrine, on peut déceler, dans la farine, cinq millièmes pour cent de seigle ergoté, à condition de conserver un temps suffisamment long à l'extraction de cette matière colorante. Cette extraction s'opère à l'aide d'alcool contenant de l'acide sulfurique qui prend alors une teinte jaune rougeâtre. De cette solution alcoolique acide, on sépare la sclérérythrine en l'agitant avec de l'éther.

En imprégnant du papier Joseph avec de la sclérérythrine, on obtient un papier réactif qui peut servir, non seulement à reconnaître la présence de seigle ergoté dans les substances alimentaires, mais aussi à différencier les acides des alcalis, de la même façon que le papier de tournesol, quoique avec un peu moins de sensibilité. Si on imbibe la bande de papier Joseph dans la solution éthérée acide de sclérérythrine, on a un papier orangé qui devient violet en présence d'un alcali. Si, auparavant, on a humecté ce papier avec de l'ammoniaque, on a un papier violet qui devient orangé en présence d'un acide. Le papier orangé correspond ainsi au tournesol rouge et le violet au tournesol bleu.

On peut aussi préparer une échelle colorimétrique, qui se conserve beaucoup moins que celle qu'on prépare d'habitude avec des extraits de seigle ergoté de titres connus. J. B.

BRANDEIS. Dangers de l'arrosage des plantes potagères par les matières fécales (*Journ. de méd. et chir. prat.*, *25 déc. 1896 et Revue d'hyg.*, *juin 1897*).

A Bayonne, les maraîchers ont l'habitude d'arroser non pas le pied des plantes, mais directement les feuilles. L'examen bactériologique de ces légumes a montré qu'ils contenaient des bacilles typhoïdiques, tuberculeux, coliques, des protées, etc., et une enquête ultérieure a appris à Brandeis que les matières fécales infectantes provenaient de fosses où l'on vidait des crachoirs de tuberculeux. J. B.

I. — V. VEDRÖDI. 1° Ueber die Methode der quantitativen Bestimmung des Kupfers in den Vegetabilien. 2° Das Kupfer als Bestandtheil unserer Vegetabilien (*Chem. Zeit.*, *XX*).

II. — H. BECKURTS. Zinnhaltige Konserven (*Apotheker-Zeit.*, *XI*).

I. — 1° K.-B. Lehmann a signalé dans les végétaux alibiles des proportions de cuivre cent fois plus grandes que Vedrödi; cela tient uniquement aux différents procédés d'examen. Tandis que V. fait l'analyse pondérale du cuivre précipité par l'hydrogène sulfuré, L. se sert de la méthode colorimétrique. Or, si on n'enlève pas de la masse minéralisée l'acide silicique soluble et l'oxyde de fer, qui se rencontrent presque toujours dans les plantes, avant de traiter les solutions par l'ammoniaque, la présence de ces matières modifie notablement la teinte des solutions, ce

qui empêche de faire la comparaison exacte avec les liqueurs cupriques pures.

2° V. ne tient pas pour démontré que les combinaisons cuivrées formées dans les végétaux soient réellement toxiques. La proportion de cuivre dans une même plante varie d'ailleurs, non seulement suivant l'année, la nature du sol, etc., mais encore dans les différents grains d'une seule tige. C'est ainsi que V. a constaté, par kilogramme de substance examinée, les chiffres suivants de milligrammes de cuivre.

	Récolte 1894		Récolte 1895	
	Minimum.	Maximum.	Minimum.	Maximum.
	—	—	—	—
Blé d'hiver	80	710	200	680
Blé d'été	190	630	190	230
Seigle	60	90	10	30
Orge	80	120	10	70
Avoine	40	190	40	200
Sarrasin	160	640	150	160
Lentilles	120	150	110	150
Pois	60	100	60	110
Soja	70	100	70	80
Graines de moutarde	70	130	60	70
Graines de piment rouge	790	1.350	230	400

II. — L'examen de nombreuses conserves d'asperges, de pois, de haricots, de choux-roses, de céleri, de bolets, a montré à Beckurts que la tôle étamée des boîtes célait souvent de très grandes quantités d'étain à leur contenu. Toutes ces conserves et le liquide dans lequel elles baignaient renfermaient de l'étain; un kilogramme d'asperges, par exemple, en contenait de $0^{gr},22$ à $0^{gr},6$. J. B.

I. — MELCHERS. Neisser Rinderfinnenstatistik (*Zeitschr. f. Fleisch.-und Milch. Hyg., VI*).

II. — G. GRIGLIO. Sulla opportunita di modificare il disposto dell'art. 28 del Regolamento speciale per la vigilanza igienica degli alimenti et delle bevande (*Boll. d. Soc. d'ig. di Palermo, III*).

III. — GLAGE. Versuche über die Lebenszähigkeit der Finnen (*Zeitschr. f. Fleisch-und Milch Hyg., VI*).

IV. — Le même. Versuche über Tödtung von Finnen durch elektrische Ströme (*Ibid.. VII*).

V. — ZSCHOKKE. Zur Frage der Verwerthung finnigen Rindfleisches (*Deutsche thierärztl. Woch., IV*).

VI. — REISSMANN. Ein Beitrag zur Frage der Finnenabtödtung durch Kälte (*Zeitschr. f. Fleisch-und Milch Hyg., VII*).

VII. — OSTERTAG. Untersuchungen über das Absterben der Rinderfinnen im ausgeschlachteten und in Kühlräumen aufbewahrtem Fleische (*Ibid.*).

VIII. — Gutachten der technischen Deputation für das Veterinärwesen vom 20 November 1896, betreffend die Verwerthuug des Fleisches finniger Rinder (*Viertelj. f. gerichtl. Med., 3e série, XIV, fasc. suppl.*).

IX et X. — VIRCHOW et PISTOR. Gutachten der wissenschaftlichen Deputation für das Medicinalwesen vom 23 December 1896 und vom 12 Mai 1897 (*Ibid.*).

XI. — Ministerial-Erlass vom 10 August 1897 (*Ibid.*).

XII. — Runderlass vom 18 November 1897, betreffend die Grundsätze für das gesundheitspolizeiliche Verfahren bei finnigen Rindern und Kälbern (*Viertelj. f. gerichtl. Med., p. 237, janv. 1898*).

I. — Melchers attribue l'insolite fréquence de la ladrerie bovine à Neisse, qui n'est dépassée que par celle d'Ohlau, à ce que le contenu des fosses d'aisances, confondu avec celui des creux à purin, sert à arroser les prairies de pacage qui sont souvent inondées en outre par la rivière. Tandis qu'on ne rencontre de cysticerques que chez 0,11 0/0 des porcs indigènes, on en trouve dans 3 0/0 des bovidés, mais dans 1,76 0/0 ils sont déjà morts. Les jeunes bovidés, de 1 à 2 ans, en comptent le plus; chez les plus âgés, ils persistent et sont résorbés. La fréquence des cysticerques bovins est plus grande en été et en automne. Contrairement à la tuberculose, la ladrerie est plus répandue chez les petits cultivateurs, surtout chez ceux qui possèdent ou louent les prairies en question.

C'est dans le cœur que les cysticerques bovins sont le plus souvent morts. Les autres sièges de prédilection du cysticerque inerme sont les muscles masticateurs internes et externes; jamais M. n'en a vu dans les muscles du tronc.

II. — Griglio réclame, en faveur de la Sicile, où l'on consomme les saucissons crus, la modification de l'article 28 du règlement sur l'inspection des aliments, portant que la chair des porcs affectés de ladrerie légère peut être mise en vente après coction préalable et de même le lard, après avoir subi un salage d'au moins 3 mois.

Ses expériences lui ont, en effet, montré que grâce à la préparation qu'on fait subir à la chair des saucissons en Sicile (adjonction de 5 0/0 de chlorure de sodium, de 2 pour 1000 de salpêtre et de poivre), les cysticerques qu'elle renferme sont toujours tués au bout de 24 heures. Griglio demande, en conséquence, qu'on permette la confection des saucissons destinés à être mangés crus, à la condition qu'ils ne soient mis en vente qu'au bout d'un mois.

III. — Les acides détruisent les cysticerques, à la fois chimiquement et mécaniquement; il suffit pour cela d'une solution d'acide acétique à 2 0/0. Le cystic. *cellulosæ*, en raison de son appareil spécial de protection (réceptacle), est plus résistant que le *tenuicollis*. L'action des acides est un peu entravée au voisinage des os et des cartilages riches en chaux. Des disques de viande de 3 à 4 kilog., ayant 10 centimètres d'épaisseur, sont stérilisés en quelques jours dans une solution acétique à 5 0/0; mais le procédé n'est guère pratique en grand; ce qui l'est mieux, c'est l'action du froid. Cependant il ne faut pas croire qu'en toutes circonstances, les cysticerques du porc soient définitivement morts dans une viande congelée; ils résistent longtemps. Dans un jambon de 11 kilog. qui était complètement gelé, après 2 jours de suspension au-dessus d'une solution de chlorure de calcium indiquant une température de 20 à 22° au-dessous de 0, la majorité des cysticerques était encore vivante. Jusqu'ici tous les cysticerques ont été trouvés morts après 14 à

19 jours de conservation de la viande à une températnre de 10 à 15° au-dessous de 0. Glage conclut en proposant la stérilisation de la viande de porc ladre par la congélation.

IV. — Pour tuer les cysticerques dans la viande à l'aide de l'électricité, Glage s'est toujours servi de courants constants ; la destruction s'opère au pôle positif. La conductibilité de la viande varie beaucoup suivant son degré d'humidité et sa teneur en graisse. Ce sont les sucs animaux et la substance musculaire qui sont les meilleurs conducteurs de l'électricité, tandis que les plus mauvais sont d'abord la graisse et ensuite les os, les tendons et les aponévroses. Comme le pouvoir conducteur de la graisse décline de plus en plus après la mort, il faut pratiquer l'électrisation le plus tôt possible après l'abatage. Pour vaincre la résistance que les aponévroses offrent au passage du courant, on les dispose transversalement à la direction de celui-ci ; si les masses de graisse sont trop volumineuses, il vaut mieux les enlever. En fait, l'électricité ne stérilise que la travée de chair comprise entre les plaques d'électrodes. Ces plaques doivent donc être assez volumineuses et en contact intime avec la viande, ce qu'on réalise en interposant une faible couche d'eau. Les électrodes les meilleures sont celles d'aluminium. Pour avoir une stérilisation uniforme, il est nécessaire d'envoyer le courant dans toutes les directions de la viande, par conséquent de changer constamment la position de cette viande entre les électrodes. 110 volts d'une source d'électricité à tension constante (éclairage) suffisent pour stériliser les plus gros morceaux ; des morceaux de viande de porc maigre de 3 à 4 kilog. sont stérilisés en trois quarts d'heure. L'intensité du courant peut être élevée à volonté jusqu'à ce qu'on atteigne la limite où la chaleur produite cuirait la viande. L'action des courants constants sur la viande se traduit par l'issue d'une partie de son albumine. Il en résulte un ramollissement de la viande qui s'oppose à sa conservation prolongée ; mais ni sa couleur ni son poids ne sont modifiés, à moins d'une cuisson électrique due à la trop grande énergie du courant.

V. — Zschokke a entrepris sur lui-même trois expériences d'infection avec de la viande de bœuf ladre ayant séjourné plus ou moins de temps dans un rafraîchissoir. 1° Il avale 4 cysticerques d'une viande conservée depuis 9 jours ; 3 d'entre eux étaient entièrement normaux, tandis que le quatrième avait sa vésicule caudale trouble. 40 jours plus tard, Z. rendait 4 tænias dont un, mesurant 42 centimètres, paraissait entier. Donc les 4 cysticerques s'étaient développés. 2° Déglutition de 5 cysticerques des couches musculaires profondes d'un quartier de bœuf conservé depuis 21 jours. Z. n'expulse aucun tænia. 3° Déglutition de 3 cysticerques provenant de la viande de 3 bœufs conservés depuis 14 à 16 jours. 59 jours après l'ingestion du dernier, 87 jours après celle du premier, Z. expulse un tænia de 230 centimètres de long. Il conclut : une conservation de 9 jours de la viande paraît déjà affaiblir l'énergie de croissance des cysticerques, car dans les expériences de Perroncito, un tænia de 67 jours a déjà une longueur de 483 centimètres. Le séjour de 14 jours de la viande ladre dans un rafraîchissoir n'est pas toujours suffisant pour faire succomber tous les cysticerques, mais un séjour de 3 semaines suffit sûrement pour les tuer tous, ce qui permet de vendre sans inconvénient les viandes ladres crues à l'étal de basse boucherie.

VI. — Le cysticerque bovin succombe plus vite au froid que le porcin. De la viande de bœuf congelée à cœur ayant été retirée d'une chambre frigorifique et exposée à la température de + 7° à + 12° centigr., présente dès le 4e jour les premiers phénomènes de putréfaction dans les couches superficielles, tandis qu'à l'intérieur la viande est encore fraîche et de réaction acide. Les cysticerques résistent beaucoup plus longtemps dans la viande abandonnée à la putréfaction; ils sont encore parfaitement vivants dans une viande absolument fétide se putréfiant depuis 8 jours.

Pour prouver l'innocuité des viandes ladres suspendues 21 jours dans un rafraîchissoir, R. a ingéré et a fait ingérer à 15 autres personnes de l'abattoir, 74 cysticerques; aucun ne s'est développé en tænia.

VII. — L'observation de Perroncito que sur un veau infecté artificiellement de ladrerie, les cysticerques étaient morts 14 jours après l'abatage, a conduit Ostertag à rechercher au bout de combien de temps le cysticerque bovin succombe dans la viande simplement maintenue dans un rafraîchissoir. A cet effet, l'hiver, il gardait des morceaux plus ou moins volumineux de bœuf ladre dans un endroit non chauffé et bien aéré, tandis que, pendant les autres saisons, il les déposait dans un coffre à glace maintenu sec par du chlorure de calcium. Quand, après avoir examiné, 2 heures durant, les cysticerques à la température de 30 à 40° centigr., ceux-ci demeuraient immobiles, il élevait rapidement la température à 45°, chiffre auquel les cysticerques en train de mourir se meuvent encore; sur 41 cysticerques conservés 14 jours de la manière indiquée, 23 présentaient encore des mouvements distincts, limités aux suçoirs chez 9, intéressant toute la tête et le cou chez 14; les 18 autres ne présentaient plus du tout de mouvements. Le 20e jour après l'abatage, 13 cysticerques offraient encore de faibles mouvements du cou qui ne furent aperçus qu'après 1 heure d'observation; mais leur tête et leurs suçoirs étaient absolument immobiles, d'où l'on pouvait inférer que ces cysticerques seraient digérés par le suc gastrique humain et n'étaient plus capables de se fixer sur la muqueuse intestinale. Cette présomption fut confirmée par des expériences de digestion artificielle à l'étuve ainsi que par des essais d'infection sur l'homme. Le 21e jour, sur les 71 cysticerques de 9 bœufs différents examinés, 63 étaient absolument immobiles, tandis que les 8 autres n'offraient que de minimes mouvements du cou. Tous étaient de consistance très visqueuse, avaient la tête trouble et à contours indistincts et la vésicule caudale très fragile.

Tant Ostertag lui-même que 33 autres personnes de son entourage ont ingéré 221 cysticerques de viande de bœuf conservée depuis 20 ou 21 jours; chez aucun des expérimentateurs, il ne s'est développé de tœnia. En revanche, 3 vétérinaires qui avaient mangé du bœuf ladre conservé seulement depuis 9 ou 15 jours ont eu des tœnias.

Ostertag conclut qu'il suffit de conserver 3 semaines la viande de bœuf ladre pour rendre inoffensifs les cysticerques qu'elle recèle.

VIII. — Ce n'est qu'en 1888 qu'on a reconnu, en Allemagne, la présence du cysticerque de tœnia inerme chez les bovidés indigènes. A l'abattoir de Berlin, jusqu'en 1895, on a compté 1,902 bœufs ladres, mais 1,825, soit 95 0/0, ne présentaient qu'un petit nombre de cysticerques et même 66 0/0 des 1,825, un seul cysticerque. Pour les 5 dernières années, la proportion des animaux ladres parmi les bœufs abattus est à

Berlin de 0,204 0/0, tandis qu'à Neisse, en 1895, elle était de 2,91 0/0. L'assimilation de la viande de bœuf ladre à celle de porc ladre, c'est-à-dire l'obligation de la cuire préalablement à la mise en vente, soulève beaucoup de plaintes, parce que le bœuf cuit est d'une défaite difficile. Le comité technique pour les affaires vétérinaires propose que la viande de bœuf ne renfermant qu'un seul cysticerque en vie soit, après extraction du parasite, livrée sans réserves à la consommation, quand, l'ayant découpée en morceaux de 2 kilog. 1/2, on n'y a pas trouvé d'autres cysticerques vivants. Pour la viande renfermant un petit nombre de cysticerques, il est aussi d'avis de la dispenser de la coction préalable et propose de la laisser vendre, soit à l'étal de basse boucherie, soit même ailleurs, à la triple condition de déclarer sa provenance, d'indiquer les précautions à prendre avant de la consommer et de ne pas en vendre plus de 2 kilog. 1/2 à la fois à une seule personne, afin d'exclure du nombre des acheteurs, les bouchers, les charcutiers, aubergistes. Comme une température de 45° tue sûrement les cysticerques, la cuisson dans les ménages est suffisante. Il résulte en outre d'expériences faites à l'Institut d'hygiène de l'Ecole vétérinaire de Berlin, que, même dans les morceaux de viande épais de 6 centimètres, les cysticerques sont tués après séjour d'une quinzaine dans la saumure à 25 0/0. Or, le salage ne fait perdre à la viande que 5 ou 6 0/0 de son poids, tandis que la coction lui en enlève jusqu'à 50 0/0.

IX. — Virchow et Pistor, dont les deux rapports ont été adoptés par le comité scientifique pour les affaires médicales, estiment que le comité vétérinaire fait trop de concessions dans l'état actuel de la science. Ils font remarquer que des morceaux de 2 kilog. 1/2 peuvent recéler encore plusieurs cysticerques vivants et proposent que la viande de bœuf renfermant de 1 à 5 cysticerques soit d'abord découpée en morceaux de 2 kilog. 1/2, puis immergée 3 semaines dans la saumure à 25 0/0, avant d'être vendue.

XI. — L'arrêté ministériel prussien du 10 août 1897, conformément au vœu émis par le comité supérieur vétérinaire, invite les gouverneurs des provinces à introduire l'inspection obligatoire des viandes avant et après l'abatage par ordonnances de police prises sur le modèle de celle de la province de Hesse-Nassau, du 1er juillet 1892.

XII. — La circulaire ministérielle du 18 novembre 1897 forme règlement de police sanitaire pour les viandes de bœuf et de veau ladres. L'examen doit porter sur les muscles masticateurs externes et internes, sur la langue et le cœur. Sont réputés faiblement ladres, les animaux ne contenant au plus que 10 cysticerques vivants.

Peuvent être vendus librement pour l'alimentation humaine : 1° sans conditions, la graisse fondue ; 2° le foie, la rate, les reins, l'estomac et les intestins d'animaux faiblement ladres, en tant que ces organes ont été reconnus par le vétérinaire exempts de cysticerques ; 3° les animaux faiblement ladres dont les cysticerques sont complètement calcifiés. Ne peut être vendue que pour la consommation domestique ou dans des locaux spéciaux, en morceaux de 2 kilog. 1/2 au plus et seulement aux consommateurs eux-mêmes, en leur indiquant sa ladrerie, la viande d'animaux faiblement ladres, après que, sous la surveillance du médecin vétérinaire, on lui aura retiré ses qualités nocives, soit par une cuisson parfaite, soit par un séjour de 3 semaines dans la saumure à 25 0/0, soit

par un séjour de même durée dans des rafraîchissoirs appropriés où règnent en permanence une température de 3 à 7° centigr. au plus et une fraction hygrométrique n'excédant pas 75 0/0.

Les cadavres d'animaux fortement ladres, c'est-à-dire renfermant plus de 10 cysticerques vivants, doivent être, sous la surveillance de la police, convertis industriellement ou détruits autrement pour les rendre inoffensifs. BEX.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE

DEBIERRE. L'hérédité normale et pathologique (*In-8°, Paris, 1897*).

Résumé clair et succinct de cette question si complexe et des travaux qui s'y rattachent. « Si, pour finir, dit l'auteur en conclusion, nous allons au fond même du phénomène, nous pourrons dire qu'on peut ramener l'hérédité au phénomène biologique de l'habitude, puisque l'habitude n'est qu'un mouvement qui a une tendance à se reproduire, comme de son côté l'hérédité n'est que la mémoire de l'espèce. » P. SOLLIER.

LANTZENBERG. De l'aphasie motrice (*Thèse de Paris, 1897*).

A propos d'un cas d'aphasie motrice pure qu'il a observé, l'auteur met au point l'état actuel de la question des aphasies motrices (aphémie et agraphie). Le centre du langage articulé (pied de la 3e frontale gauche) est un centre supérieur, uniquement psycho-moteur, qui ne préside à l'acte de la parole articulée que d'une façon en quelque sorte indirecte, en commandant aux centres secondaires d'émission du son et d'articulation de la parole. Les aphasies motrices sous-corticales seraient produites par une modification organique de la substance blanche au voisinage immédiat de l'écorce, d'où l'inutilité d'une différenciation nosographique des aphasies motrices en corticales et sous-corticales. L'alexie, même latente, n'est pas un symptôme constant de l'aphasie motrice. L'existence des images motrices graphiques ne peut pas être absolument démontrée, mais elle est très probable, et leur siège serait approximativement dans la région du pied de la 2e frontale gauche. P. SOLLIER.

TRÉNEL et ANTHAUME. Un cas de gliome volumineux du cervelet (*Arch. de neurol., p. 1, juill. 1897*).

Il s'agit d'une femme de 64 ans. Début de la maladie il y a 6 ans par de la céphalée, des vertiges avec parésie et vaso-constriction du côté gauche de la face; depuis 2 ans, perte de connaissance. Vomissements. Troubles mal définis de la marche depuis 2 ans. Amaurose progressive, hallucinations visuelles. Surdité progressive, complète à gauche, avec hallucinations auditives vagues.

Dépression et délire mélancolique. Tentative de suicide. Marche parétique, dérobement des jambes. Contracture en flexion des membres inférieurs. Mort de marasme. A l'autopsie, gliome du bord antérieur gauche du cervelet comprenant les régions voisines du cerveau, du cervelet et de la protubérance et intéressant les nerfs trijumeaux, facial et acoustique gauche.

P. SOLLIER.

CLAVEY. Recherches cliniques sur les groupes musculaires paralysés dans l'hémiplégie d'origine cérébrale (*Thèse de Paris, 1897*).

Après un exposé de la physiologie de tous les muscles, l'auteur rapporte 21 observations d'hémiplégiques et part de là pour établir l'ordre dans lequel les muscles sont atteints. La paralysie frappe presque toujours des complexus musculaires et non pas des muscles isolés ou des groupes de muscles innervés par un même nerf. Du côté sain, l'amplitude des mouvements ne paraît pas sensiblement restreinte, mais la force avec laquelle ils s'exécutent est la plupart du temps notablement amoindrie. La motilité ne revient jamais d'une façon complète; la force reste toujours diminuée. Les différents mouvements des articulations de la tête avec le rachis sont toujours bien conservés. La paralysie va en augmentant de la racine des membres vers leur extrémité. Au bras les groupes les plus atteints sont ceux dont la contraction produit l'opposition du pouce, l'élévation en dehors, en avant ou en arrière, ainsi que la rotation externe du bras. A la jambe ce sont les rotateurs et les fléchisseurs qui sont le plus pris.

P. SOLLIER.

BOURDICAUD-DUMAY. Recherches cliniques sur les [troubles de la sensibilité générale du sens musculaire et du sens stéréognostique dans les hémiplégies de cause cérébrale (*Thèse de Paris, 1897*).

6 observations. Ces divers troubles, quoique réunis le plus souvent chez un même malade, sont indépendants les uns des autres et peuvent être observés isolément. La diminution du sens musculaire est d'autant plus accentuée dans les divers segments d'un membre que ces segments sont plus éloignés du tronc. Le sens stéréognostique, résultat de l'expérience, semble être en relation directe avec cette partie de l'écorce cérébrale, siégeant à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur de la circonvolution pariétale ascendante droite pour les notions acquises de a main gauche, et de la pariétale ascendante gauche pour les notions acquises de la main droite.

P. SOLLIER.

KATTWINKEL. Ueber Störungen des Würgreflexes..... (Troubles du réflexe du vomissement, de la parole et de la déglutition chez les hémiplégiques) (*Deut. Arch. f. klin. Med., LIX, p. 317*).

Il est vraisemblable que dans le lobe de Broca, le centre est spécialement destiné à l'idéation des mots, tandis que la fonction relative à l'articulation siège dans sa partie postérieure. Il faut chercher le centre de la coordination de la parole dans le centre de la troisième circonvolution frontale droite. Ces deux centres sont réunis par des fibres d'asso-

ciation qui passent des deux côtés par les corps striés. Le centre réflexe pour le pharynx et le larynx doit être cherché dans le corps strié, surtout de l'hémisphère droit; c'est dans la même région qu'il faut aussi chercher le centre de la déglutition. C. LUZET.

BERNHEIM. De l'aphasie motrice avec conservation de la parole chantée ou priée familière au malade (*Bull. méd.*, *23 juin 1897*).

Une femme de 47 ans, alcoolique, est frappée brusquement d'hémiplégie droite complète avec perte de connaissance, urines et selles involontaires. Après quelques jours d'extrême agitation, on reconnaît qu'elle a de l'aphasie : elle comprend ce qu'on lui dit, reconnaît les objets et arrive à enrichir progressivement son vocabulaire de quelques mots. Elle a de l'amnésie verbale et de l'aphasie motrice, car elle ne peut répéter la plupart des phrases prononcées devant elle. Cependant, elle chante parfaitement, et en articulant très bien, la *Marseillaise* ou la chanson de Marlborough et elle récite nettement le *Pater;* si on l'arrête dans cette récitation, elle ne peut pas répéter les mots qu'elle vient de prononcer ou ne le fait qu'avec peine.

Quelques années après l'accident, la malade meurt. A l'autopsie, on trouve la 3e circonvolution frontale et les fronto-pariétales intactes. Il existe dans le corps strié un grand foyer de ramollissement jaune mesurant 3 centimètres d'avant en arrière et 1 1/2 transversalement, détruisant le noyau lenticulaire, la capsule blanche externe jusqu'à l'avant-mur, la capsule blanche interne, sauf sa partie postérieure.

Un homme de 68 ans est mort après avoir séjourné 4 ans à la clinique : hémiplégie droite incomplète, sans contracture, avec hémianesthésie. Il répond difficilement aux questions, soit qu'il ne trouve pas les mots (amnésie verbale), soit qu'il ne puisse les dire. Il chante cependant bien la *Marseillaise*, articulant des mots qu'il ne peut pas prononcer sans chanter, qu'il ne peut pas répéter. A l'autopsie, on trouve des lésions considérables de l'hémisphère gauche, avec intégrité des 3 circonvolutions frontales.

Lorsque la parole articulée existe associée à la chanson ou à la prière, alors même que cette parole spontanée est lésée, le centre de Broca n'est pas atteint. La destruction de la parole volontaire avec conservation de la parole chantée n'est pas justiciable d'une lésion anatomique précise; un affaiblissement dynamique total du cerveau peut suffire à produire ce symptôme. Les processus automatiques et réflexes, qui n'exigent pas un effort dynamique notable, s'exercent encore, alors que les processus volontaires restent affaiblis ou impossibles.

La lésion dynamique du centre de Broca due au choc d'une lésion de voisinage permet la reconstitution plus ou moins complète de la parole, que l'on attribue d'ordinaire à la rééducation des centres et à leur suppléance. LEFLAIVE.

J.-M. GEREST. Les affections nerveuses systématiques et la théorie des neurones (*Thèse de Lyon*, *1897*).

La théorie des neurones appliquée à l'étude des affections nerveuses systématiques a ce double avantage d'élucider la physiologie pathologique des symptômes et d'expliquer les rapports qu'elles présentent entre elles. Les systèmes formés par l'ensemble des neurones, ayant une

disposition anatomique et un rôle physiologique semblables, constituent comme autant d'organes nettement différenciés, susceptibles d'être le siège de processus pathologiques distincts.

Les affections des *neurones centrifuges* se caractérisent cliniquement par un signe commun qui est la *paralysie*, mais cette paralysie peut offrir trois types cliniques : 1° *Le type cérébral*, symptomatique d'une lésion destructive du neurone moteur central, caractérisé par la suspension complète de l'action de la volonté sur la contraction musculaire (hémiplégie). — 2° *Le type amyotrophique*, symptomatique d'une lésion du neurone moteur périphérique, caractérisé par une simple diminution dans l'intensité de la contraction musculaire (polioencéphalomyélite, polynévrite) ; lorsque la lésion porte d'emblée sur le corps du neurone, la paralysie succède à l'amyotrophie et est aussi intense que celle-ci (polioencéphalomyélite) ; lorsque la lésion porte primitivement sur la gaine du prolongement cylindraxile, la paralysie précède l'amyotrophie et est plus marquée que celle-ci (polynévrite). — 3° *Le type spasmodique* qui consiste en une diminution de l'action de la volonté sur la contraction des muscles, coexistant avec une augmentation de l'intensité du tonus musculaire aboutissant à la contracture; cette augmentation du tonus musculaire est due probablement à une lésion des neurones intercalaires entre le neurone central et le neurone périphérique, mais avec cette restriction que la lésion des neurones intercalaires n'est pas la raison exclusive de la contracture.

Les lésions des *neurones centripètes* ont également des signes cliniques communs, parmi lesquels l'*incoordination motrice* est le plus important. On peut décrire trois types de cette incoordination : 1° *Le type tabétique*, à mouvements illogiques très étendus, s'accompagne de l'abolition du sens musculaire et du signe de Romberg ; ce type est symptomatique d'une lésion du protoneurone centripète. — 2° *Le type cérébelleux*, par défaut d'équilibration, ne s'accompagne ni de l'abolition du sens musculaire ni du signe de Romberg ; ce type est symptomatique d'une lésion des neurones de la voie cérébelleuse. — *Le type de paralysie générale*, qui se rapproche plutôt du tremblement, est symptomatique d'une lésion des neurones intercalaires, des voies d'association médullaire.

Le développement de ces idées est résumé sous forme de nombreux tableaux synoptiques qui facilitent les rapprochements et accentuent la synthèse. H. FRENKEL.

A. HABEL. Ueber das Verhalten der Patellarreflexe bei Querschnittsunterbrechung des Rückenmarkes (Sur l'état des réflexes patellaires dans les cas de lésions destructives transverses de la moelle) (*Arch. f. Psychiat., XXIX, p. 25*).

L'auteur a entrepris ce travail, dans le but d'élucider la question encore fort controversée de la manière dont se comportent les réflexes patellaires lorsque, par suite d'une lésion transverse siégeant au niveau du segment cervical ou du segment dorsal, les conducteurs du névraxe subissent une interruption de continuité. Les matériaux cliniques, dont nous disposions jusqu'ici pour élucider cette question, ont pour la plupart une valeur très discutable; dans 3 cas seulement la moelle a fait l'objet

d'un examen histologique. Quant à l'examen histologique des muscles et des nerfs périphériques, il n'a pas été fait une seule fois. Un cas relaté par von Habel échappe à cette critique.

Il s'agit d'une hématomyélie traumatique du segment cervical et de la partie supérieure du segment dorsal. La lésion atteignait son maximum d'intensité dans la partie inférieure du segment cervical. Le patient a survécu pendant onze jours. Dans l'intervalle on a constaté l'abolition complète des réflexes tendineux et des réflexes cutanés aux membres inférieurs ; paralysie vésicale. L'examen histologique a démontré qu'il n'existait de dégénération descendante manifeste des faisceaux pyramidaux que jusqu'au milieu du segment dorsal. La moelle lombaire et la queue de cheval étaient en état de parfaite intégrité. A la vérité l'examen des nerfs cruraux et des autres nerfs périphériques n'a pas eu lieu ; mais il est peu vraisemblable, a fait remarquer l'auteur, qu'en l'espace de onze jours, des altérations des nerfs périphériques se soient développées chez un homme bien portant jusque là, altérations suffisamment profondes pour expliquer la suppression complète des réflexes tendineux.

Ce cas vient à l'appui de la doctrine soutenue par Bastian et Bruns, d'après laquelle, dans les cas de lésion transverse totale de la moelle, occupant un niveau élevé, les reflexes tendineux sont abolis aux membres inférieurs et la vessie paralysée. Pour ce qui concerne l'état des réflexes cutanés, il n'est pas possible de se prononcer d'une façon aussi catégorique. En effet on a vu le réflexe plantaire persister dans des cas où la moelle était le siège d'une lésion transverse totale.

D'autre part, l'auteur considère comme entachée d'erreur l'opinion de Bastian, d'après laquelle la constatation d'une paralysie flasque et d'une anesthésie totale, aux jambes, dénote une lésion qui intéresse la moelle dans toute son épaisseur, quand cette lésion siège dans la partie supérieure du segment dorsal, d'où contre-indication à une intervention opératoire. L'auteur a publié des faits de ce genre, où la moelle n'était le siège que d'une lésion de peu d'étendue, avec des chances de succès pour une intervention chirurgicale.

Au surplus von Habel se refuse à donner une théorie pour expliquer l'état des réflexes dans les cas de lésion intéressant la moelle à un niveau élevé ; dans l'état actuel de nos connaissances touchant l'anatomie et la physiologie des centres nerveux, une pareille tentative serait prématurée.

E. RICKLIN.

H. RUGE et W. HUETTNER. Ueber Tabes und Aorteninsufficienz (*Berlin. klin. Woch., 30 août 1897*).

Sur les 138 ataxiques reçus depuis onze ans dans la clinique de Gerhardt, 12, soit 8,7 0/0, offraient en même temps une affection valvulaire du cœur. 9 fois il s'agissait d'une insuffisance aortique (6,5 0/0 de tous les tabétiques), 2 fois d'une insuffisance mitrale avec altérations légères des valvules aortiques ; 1 fois d'un rétrécissement aortique. Chez deux malades, l'insuffisance aortique se compliquait d'anévrisme de l'aorte.

Parmi les 12 ataxiques simultanément cardiaques, se trouvent 7 femmes.

Le plus souvent, l'affection du cœur ne s'est développée que postérieu-

rement au tabes et chez plusieurs malades elle n'a pas provoqué le moindre symptôme fonctionnel.

Chez 11 des 12 malades, une syphilis antérieure était certaine ou au moins vraisemblable. 2 seulement avaient des antécédents de rhumatisme articulaire aigu.

Ruge et Hüttner sont d'avis que cette coexistence fréquente de l'ataxie locomotrice et des lésions aortiques n'est pas purement accidentelle et que l'une et les autres sont dues à une cause commune, la syphilis.

J. B.

CACHE. Tabes : syndrome crises gastriques (*Thèse de Paris, 1897*).

3 observations nouvelles, personnelles, rapprochées de plusieurs autres empruntées aux auteurs, conduisent à rejeter l'hyperacidité comme cause des crises gastriques. Chaque malade fait sa crise suivant l'état organopathique de son estomac. L'hypopepsie est même plus souvent rencontrée que l'hyperpepsie. Peut-être faut-il invoquer comme pathogénie la dégénérescence du neurone pneumogastrique. En tous cas, il ressort de l'étude du chimisme qu'il ne faut pas employer sans discernement les alcalins à haute dose. P. SOLLIER.

INGELRANS. Des formes anormales du tabes dorsalis (*Thèse de Paris, 1897*).

La période préataxique manque parfois complètement, et la coordination apparaît d'emblée. Le tabes peut brûler des étapes et amener en quelques mois une ataxie complète, sans qu'on en sache les raisons. En outre l'évolution lente n'est pas rare. L'atrophie grise du nerf optique arrête le tabes 9 fois sur 10. Le mécanisme de cet arrêt est inconnu. A côté du tabes à début viscéral il y a un tabes à début sphinctérien. La fréquence des troubles laryngés dans le tabes est plus grande qu'on ne dit. Passé 60 ans, l'ataxie est rare, et elle l'est infiniment avant 16 ans.

P. SOLLIER.

Isidore BLOCH. Contribution à l'étude de la syringomyélie à type scapulo-huméral (*Thèse de Paris, 1897*).

Nouveau cas de ce type décrit pour la première fois par Schlesinger et confirmé depuis, comme forme clinique réelle, par Déjerine et Thomas. Il s'agit d'une femme de 29 ans, présentant tous les signes classiques de la syringomyélie et ayant une atrophie très marquée des muscles deltoïdes et sous-épineux, biceps et triceps, alors que les muscles de l'avant-bras et du bras n'en présentaient aucune. Il y avait en outre paraplégie spasmodique et incontinence d'urine. L'auteur a joint à son observation nouvelle les observations antérieurement publiées. P. SOLLIER.

Henri VERGER. Des anesthésies consécutives aux lésions de la zone motrice (*Thèse de Bordeaux, 1897*).

Les lésions de la zone rolandique produisent, à côté des troubles moteurs, des troubles sensitifs très peu connus et très discutés.

L'auteur en démontre l'existence par des expériences bien conduites et par le dépouillement d'observations de lésions chirurgicales de la zone rolandique.

Les troubles sensitifs présentent une modalité particulière; la sensibilité douloureuse est conservée; sont altérées sans être abolies la sensibilité tactile et la sensibilité kinestésique. On note en somme : hypoesthésie au contact, impossibilité de localiser le point touché, de reconnaître la nature d'un objet, altération de la notion du mouvement, etc.

En terminant, Verger recherche l'explication à donner de ces troubles, il juge prématuré d'en formuler une avec fermeté. A. DONNADIEU.

A. REICHENBERG. Centralentstandene Schmerzen (Douleurs d'origine centrale) (*Deut. Zeitschr. f. Nervenh.*, *XI, p. 349*).

Femme de 72 ans, frappée d'hémiplégie gauche sans apoplexie. Quatre jours après, violentes douleurs dans le bras et la jambe gauches; ces douleurs persistèrent jusqu'à la mort qui eut lieu 8 mois plus tard. Anesthésie de l'avant-bras et du tronc à gauche, hyperesthésie de la face et du bras. Il est très probable qu'il existait une hémianopsie gauche, bien qu'on n'ait pu prendre méthodiquement le champ visuel.

A l'autopsie, on trouva, entre autres lésions, un ramollissement de l'hémisphère droit prenant la plus grande partie du lobe pariétal inférieur, et atteignant par un prolongement antérieur, dans la partie la plus postérieure de la capsule interne, les voies sensitives.

Ces symptômes du côté de la sensibilité (anesthésie d'une part, hyperesthésie de l'autre, et douleurs d'origine cérébrale) sont rapportés par l'auteur à ce que les voies sensitives ont été en partie détruites, en partie irritées par le foyer dont les dimensions en ce point étaient d'ailleurs peu considérables. PIERRE MARIE.

Toby COHN. Ueber Myasthenia pseudoparalytica gravis (*Berlin. klin. Woch.*, *p. 680*, *2 août 1897*).

Jeune fille de 16 ans, de famille saine et sans antécédents morbides personnels. En février 1893, pendant les règles, diplopie, puis céphalée. Une quinzaine plus tard, chute de la paupière supérieure gauche d'abord, ensuite de la droite, lorsqu'à gauche la ptose fut devenue moins intense. En outre, paralysie de tous les muscles de la face, parole nasillarde, dyspnée, dysphagie, gêne de la mastication; affaiblissement des quatre membres, débutant par les supérieurs. Intégrité des grands sphincters; absence de douleurs; état normal de l'intelligence; aucune atrophie; exploration électrique ne décelant rien d'insolite; anesthésie des parois postérieures du pharynx et du larynx. Viscères intacts. Douze jours après l'admission, accès passager d'asphyxie; mort subite peu après. On avait diagnostiqué l'association d'une sclérose latérale amyotrophique avec une affection bulbaire.

Une trentaine de cas de ce genre sont connus. C'est Erb qui a publié le premier, Goldflam qui en a fait la première description détaillée et Jolly qui a donné le nom de myasthénie pseudo-paralytique grave, en raison du symptôme le plus saillant, la fatigue musculaire, qui chez la malade de Cohn n'était pas nettement accusée. Quant à la réaction électrique, dite myasthénique, Wernicke l'avait constatée en 1893 sur cette jeune fille, mais elle avait disparu.

L'autopsie a été complétement négative; même sous le microscope, la moelle n'offrait rien d'anormal.

Sur les 11 autopsies de cas de même nature, 5 ont été négatives, 4 ont présenté diverses altérations et 2 ont donné des résultats autorisant à les éliminer de cette catégorie. Dernièrement, Widal et Marinesco ont signalé dans un cas des lésions des cellules dont la signification est encore douteuse. J. B.

MARTINET. La paralysie ascendante aiguë (syndrome de Landry) (*Thèse de Paris, 1897*).

C'est une étude historique et critique de cette affection et l'auteur donne à l'appui de ses conclusions deux observations nouvelles prises dans le service de Raymond, et résume toutes les observations des auteurs. L'existence d'un type clinique évoluant sous les traits de la paralysie ascendante aiguë dite de Landry n'est pas contestable. Dans sa forme pure ce type se résume dans une paralysie motrice à marche rapidement envahissante, le plus souvent, mais non toujours ascendante, et ayant tendance à s'étendre aux organes innervés par le bulbe. Quant aux lésions il semble qu'il faille se rattacher à une opinion éclectique, car on a trouvé tantôt la moelle, tantôt encore les nerfs pris seulement, et quelquefois même rien en apparence. P. SOLLIER.

CLAPARÈDE. Du sens musculaire à propos de quelques cas d'hémiataxie posthémiplégique (*Thèse de Genève, 1897*).

Les importantes recherches de l'auteur sont basées sur 21 cas, tant personnels qu'empruntés aux auteurs. C. désigne, avec raison, sous le nom de sens musculaire, l'ensemble des modalités par lesquelles nous sommes renseignés sur l'action ou la position, sur l'état de nos membres. C'est un complexus de sensations tactiles, cutanées ou superficielles, des tissus profonds, articulaires, ligamenteuses, tendineuses, osseuses et probablement musculaires. Ces impressions de la périphérie en se groupant diversement concourent à créer les quatre notions subjectives : 1° de la position ou de l'attitude; 2° du mouvement passif; 3° du mouvement actif; 4° de la résistance, de l'effort. Les notions de direction proviennent de celles du mouvement et de position. Les notions de poids de celles de résistance et de mouvement. La notion du mouvement passif est indépendante de la notion de position. Elle est donnée à la conscience par les sensations kinesthésiques qui sont des sensations élémentaires. Les sensations d'innervation seraient une hypothèse inutile. Le caractère sensationnel spécial qu'offre le mouvement actif ou volontaire trouve une explication suffisante dans la présence de l'image mentale du mouvement précédant l'exécution de ce mouvement et des sensations périphériques spéciales de contraction musculaire et de tension ligamenteuse. La question de savoir si les muscles fournissent des sensations spéciales lors de leur contraction n'est pas tranchée.

Il y a deux sortes de coordination ; l'une, mécanique , fonctionne dans les mouvements simples : c'est une association de muscles qui collaborent simultanément; l'autre régit les mouvements complexes : elle fonctionne dans le temps et mérite le nom de coordination successive. Des

impressions venant de la périphérie sont indispensables à tout acte de coordination.

L'ablation absolue de toutes les impressions afférentes produit l'incoordination. L'ataxie peut avoir lieu malgré l'intégrité des voies centripètes de la périphérie. Elle consiste alors dans un trouble des éléments moteurs du processus coordinateur.

L'hémiataxie qui peut se montrer à la suite des hémiplégies cérébrales est un trouble de la coordination tant successive que simultanée. Elle peut coïncider avec la perte du sens musculaire. Le siège de l'hémiataxie proprement dite (sans anesthésie) paraît être dans le faisceau pyramidal et surtout les corps opto-striés. P. SOLLIER.

ZINNO. Fibromatose multiple des ganglions spinaux avec sclérose latérale amyotrophique (*Giorn. dell' Assoc. di med. e natur., Naples, 1897*).

Il s'agit, d'après l'auteur, d'une nouvelle forme morbide à laquelle il donne le nom de neuro-fibromatose multiple spinale. Il s'agit d'un homme de 22 ans, atteint d'amyotrophie généralisée, sauf au cou et à la face, avec exagération du réflexe patellaire et trépidation du pied, et qui mourut de pneumonie. A l'autopsie on trouva des tuméfactions des ganglions spinaux qui comprimaient la moelle depuis la 2ᵉ cervicale à la 4ᵉ dorsale. Dégénération des faisceaux pyramidaux sans altération des faisceaux voisins. Atrophie des cellules ganglionnaires. Quant aux tumeurs des ganglions, il n'y a qu'une augmentation du stroma avec diminution des cellules. Il s'agit en somme d'une sclérose latérale amyotrophique secondaire. Il faut noter en outre l'absence des troubles sensitifs, qu'il est d'ailleurs difficile d'interpréter. Deux planches microscopiques complètent ce cas curieux et bien observé. P. SOLLIER.

JENDRASSIK. Ueber Hemiatrophia facialis (*Deut. Arch. f. klin. Med., LIX, p. 222*).

L'auteur pense que la cause de cette affection ne doit pas être placée dans une lésion du sympathique cervical, car dans la plupart des cas on n'a pu découvrir aucun symptôme de lésion de ce nerf. Il pense que la localisation de la lésion primitive doit être placée dans un point où le sympathique et le trijumeau sont voisins. On sait que le plexus cervical, au moyen du plexus carotidien, pénètre dans le crâne et se rapproche là du ganglion de Gasser. Si nous considérons que très souvent on trouve comme facteur étiologique de l'hémiatrophie des processus inflammatoires, des traumas ou des tumeurs de la base du crâne, il paraît vraisemblable d'admettre que cette maladie provient d'une lésion des ganglions sympathiques de la tête ou des fibres de Remak, qui communiquent avec eux; mais cette constatation est souvent difficile à faire dans les cas chroniques. C. LUZET.

MOLTSCHANOFF Ueber Erkrankung..... (Sur les affections du systéme veineux d'origine nerveuse) (*Deut. Zeitschr. f. Nervenh., XII, p. 98*).

Il s'agit d'un homme de 56 ans qui, quelques jours après l'apparition d'une névrite cubitale à frigore de l'avant-bras droit, vit survenir un développe-

ment particulier du système veineux au niveau du membre atteint. La dilatation veineuse débuta par les extrémités digitales de la veine basilique, pour de là s'étendre au coude et à l'avant-bras et prendre bientôt l'aspect « tête de méduse ». La névrite s'amenda au bout de 4 mois 1/2, les phénomènes d'anesthésie et d'atrophie musculaire rétrocédèrent. La dilatation veineuse, au contraire, persista, gagna l'épaule, des phlébolithes, des thromboses partielles, des ecchymoses sous-cutanées furent constatées.

Les conclusions de ce travail sont :

Les maladies des nerfs périphériques peuvent retentir sur les veines correspondantes : on observera de la dilatation de ces vaisseaux, des thromboses et des lésions scléreuses.

Ces lésions scléreuses dépendent vraisemblablement d'une action des nerfs sur les parois vasculaires, que cette action soit dévolue à des fibres trophiques ou à des fibres vasomotrices. Les vasomoteurs des veines cutanées sont très voisins des nerfs de la sensibilité cutanée, mais distincts des vasomoteurs des artères. E. LANTZENBERG.

MARGOULIÈS. Névrites dites apoplectiformes (*Thèse de Paris*, *1897*).

Aux neuf observations connues et que l'auteur résume il en ajoute trois nouvelles, une empruntée à Raymond, une personnelle et une due à Silberberg, d'Odessa. Les conclusions de ce travail sont que ces névrites ne présentent pas une forme particulière, leur unique caractère individuel étant de débuter brusquement. Elles seraient mieux appelées névrites à début apoplectiforme. Toutefois, parmi leurs causes multiples se trouve quelquefois la compression des nerfs par un épanchement sanguin extra ou intra-nerveux. P. SOLLIER.

P. SOLLIER. Genèse et nature de l'hystérie (*2 vol. in-8°*, *Paris*, *1897*).

L'hystérie n'est que du vigilambulisme : ses stigmates et ses accidents sont dus à un état de sommeil du cerveau. Ce sommeil a comme manifestation objective l'anesthésie : ils sont plus ou moins étendus, suivant le degré et l'extension de ces troubles. Pour faire sortir un hystérique de son état somnambulique ou vigilambulique, total ou partiel, on peut recourir à divers procédés.

Au degré le plus léger de la maladie, on voit les malades pouvoir réagir eux-mêmes pour recouvrir leur sensibilité volontairement. Puis, à un degré plus marqué de l'anesthésie, l'intervention du médecin devient nécessaire pour soutenir leur attention et diriger leurs efforts. A un degré plus marqué encore, il suffit d'un sommeil hypnotique léger et du simple réveil en bloc pour faire reparaître toute la sensibilité. A une phase plus accusée encore, c'est dans un état d'hypnose profonde seulement, en procédant progressivement, méthodiquement, qu'on arrive au réveil complet. Enfin, dans les cas les plus profonds, les plus accentués, c'est en agissant séparément sur les différents organes, membre par membre, viscère par viscère, qu'on arrive à réveiller le sujet dans son ensemble et à reconstituer sa personnalité physique et morale normale.

Quels que soient les sujets, ce simple ordre de se réveiller ou de se sentir partout, ou seulement de sentir certaines parties du corps, amène

chez tous des réactions identiques, se présentant dans un ordre tellement fixe qu'il est impossible de n'y pas voir le résultat d'une loi physiologique.

Dans le second chapitre de son livre, l'auteur étudie les réaction liées au réveil de la sensibilité dans les différentes parties du corps : réactions des membres et de leurs parties constituantes ; réactions des viscères, estomac, abdomen, organes génitaux, appareil respiratoire, cœur, yeux, ouïe, cerveau ; enfin, le réveil général.

L'étude de ces réactions fournit à Sollier les éléments d'une interprétation des accidents somatiques (ch. III), des accidents mentaux (ch. IV), des stigmates (ch. V) de l'hystérie. Elle lui a révélé différents faits des plus importants.

Elle a montré que les muscles lisses, considérés jusqu'ici comme échappant à l'action de la volonté, lui sont au contraire soumis. Cette action ne peut s'exercer que lorsque les organes sont atteints d'anesthésie et cesse au contraire lorsque leur sensibilité est normale.

Un autre fait, c'est la possibilité de déterminer expérimentalement sur le vivant la localisation des centres cérébraux connus et d'arriver à mettre en évidence l'existence et le siège d'autres centres jusqu'ici inconnus ou mis en doute, à savoir les centres fonctionnels de tous nos viscères. Grâce à la méthode des anesthésies provoquées et des points douloureux du crâne qui se développent en conséquence des anesthésies viscérales, on pourra arriver à établir la topographie des localisations cérébrales sur le vivant, sans le moindre danger pour le sujet. Il a pu ainsi déterminer les centres de l'estomac, du cœur, de la vessie, des organes génitaux de l'intestin, des poumons.

Un fait encore plus important peut-être, résultant des études de Sollier, c'est que le cerveau se comporte comme un viscère quelconque, et qu'il est doué d'une sensibilité propre, dont la perte ou le retour s'accompagnent de réactions spéciales d'ordre psychique et de réactions sensitives identiques à celles des autres viscères.

Signalons enfin les expériences de l'auteur sur les variations du chimisme stomacal sous l'influence des modifications de la sensibilité gastrique. Elles ont montré que les sécrétions, comme les muscles lisses, sont soumises à l'action de la volonté, contrairement à ce qu'on enseignait.

Telles sont les principales données nouvelles fournies par les recherches de l'auteur.

Pour appuyer ces doctrines dont les conséquences au point de vue pratique sont aussi importantes qu'au point de vue psychologique, l'auteur a consacré le second volume à l'exposé de ses observations prises au jour le jour et presque heure par heure. Sa théorie de l'hystérie, qui en explique l'extrême variabilité des formes, repose donc sur une observation des faits aussi objective que possible. P. S.

Mme ABRICOSSOFF. L'hystérie aux XVIIe et XVIIIe siècles (*Thèse de Paris, 1897*).

Cette étude historique fort intéressante n'est pas une pure compilation. C'est un exposé de toutes les phases par lesquelles a passé l'interpréta-

tion des divers symptômes et de la nature même de l'hystérie dans ces deux derniers siècles et cela constitue presque un traité de l'hystérie. Un index bibliographique très détaillé complète heureusement cette monographie critique et historique. P. SOLLIER.

Mlle KACHPÉROV. Contribution à l'étude de la neurasthénie *(Thèse de Paris, 1897)*.

L'auteur, qui a su sortir des sentiers battus par des considérations d'ordre psychologique et moral générales, regarde la neurasthénie comme une psycho-névrose caractérisée par un affaiblissement général avancé du système nerveux se révélant surtout par une diminution plus ou moins grande des forces actives. Aussi est-elle un état préliminaire de dégénérescence. C'est le trouble des forces actives qui constitue le signe cardinal, pathognomonique de la neurasthénie, avec un état de conscience de l'affaiblissement de ces forces. P. SOLLIER.

WARDE. L'œdème hystérique (*Thèse de Paris, 1897*).

L'auteur le considère comme le résultat d'une paralysie vaso-motrice due à l'hyperexcitabilité du pouvoir excito-moteur de la moelle tenant elle-même, peut-être, à la diminution du pouvoir inhibiteur de l'écorce cérébrale. Mais n'y aurait-il pas tout aussi bien diminution du pouvoir excito-moteur de la moelle puisqu'il y a paralysie des vaso-constricteurs.

P. SOLLIER.

Mlle Olga CONTA. Contribution à l'étude du sommeil hystérique (*Thèse de Paris, 1897*).

Exposé de l'état actuel de la question au point de vue historique et clinique. L'auteur se rattache à la théorie de l'Ecole de la Salpêtrière qui considère le sommeil hystérique comme une attaque modifiée ou transformée. Deux observations personnelles servent de point de départ à ce travail. P. SOLLIER.

UGHETTI. Le tremblement essentiel héréditaire (*Confér. ital., Milan, 1897*).

Reprenant les diverses classifications des tremblements, et les méthodes pour les enregistrer, l'auteur, qui indique un nouvel appareil dans ce but, étudie spécialement le tremblement essentiel héréditaire qu'il a pu étudier dans plusieurs familles. Il faut noter l'absence de troubles hystériques ou psychopathiques, des organismes sains, une intelligence bien équilibrée. Il rappelle le tremblement de la rougeur et montre que ces malades sont souvent des timides. Il retrace l'histoire d'une famille où le père et trois fils sur cinq enfants sont atteints de tremblement. Des tracés de tremblement sont joints à cette observation intéressante. L'auteur ne se prononce pas sur la pathogénie de ce tremblement et se borne ensuite à en faire le diagnostic différentiel. Intéressante monographie à consulter.

P. SOLLIER.

LEBLANC. De l'hypertrophie congénitale unilatérale partielle ou complète (*Thèse de Paris*, *1897*).

L'auteur a relevé 78 observations qu'on peut classer en cinq catégories : 1° hémihypertrophie totale; 2° hypertrophie alterne; 3° hypertrophie d'une extrémité seule; 4° hypertrophie d'un segment; 5° hypertrophie de la tête. Il rattache cette hypertrophie à un trouble nerveux fonctionnel d'origine centrale, et se base surtout sur la théorie des métamères persistants, qui paraît en effet la plus vraisemblable. P. SOLLIER.

I. — NIKONOFF. De la maladie de Thomsen (*Thèse de Paris*, *1897*).

II. — KORNHOLD. Idem (*Thèse de Paris*, *1897*).

I. — L'auteur rapporte une nouvelle observation et une ancienne de Deléage à laquelle il a ajouté l'examen électrique.

Il se rattache à la théorie qui fait de cette maladie une myopathie primitive, dans les cas où elle est congénitale et héréditaire, en ajoutant que les troubles myotoniques rendent très probablement défectueux les échanges de ces malades. Pour les cas de maladie de Thomsen acquise, si elle existe, l'auteur pense que des troubles des échanges organiques, quelle que soit son origine, pourraient provoquer la maladie, qui deviendrait alors une myopathie secondaire.

II. — Résumé de l'histoire de cette maladie avec deux cas nouveaux. Pour l'auteur le fait de haute importance est celui-ci que là, où la maladie de Thomsen s'associe à une autre maladie, cette dernière est toujours une maladie du système nerveux. Les deux cas cités sont complexes. Chez l'un il y a association de paraplégie et dissociation syringomyélitique d'origine syphilitique; chez l'autre il y a une atrophie musculaire. Il y a donc lieu de faire des réserves que l'auteur ne formule pas. P. SOLLIER.

PAPILLON. Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire, en particulier chez les chlorotiques (*Thèse de Paris*, *1897*).

Il est possible de diagnostiquer la tuberculose avant l'apparition de tout signe stéthoscopique. Ce diagnostic précoce repose sur l'habitus externe, sur la capacité respiratoire et sur les caractères du pouls et de la pression artérielle. Doit être considérée comme en voie ou en imminence de tuberculisation toute chloro-anémique dont la corpulence (rapport du poids en hectogrammes, à la hauteur en centimètres) est inférieure à 3; dont la capacité respiratoire (spiromètre) est inférieure à 3 litres (taille moyenne) ou 2 litres 1/2 (petite taille); dont le pouls présente exactement la même fréquence quelle que soit la position (couchée, assise ou debout) du sujet; dont enfin la pression artérielle radiale est inférieure à 13 centimètres de mercure, sans qu'on puisse trouver une autre explication suffisante à ce phénomène (réflexes d'origine abdominale) en notant cependant qu'une néphrite ou une poussée fébrile intercurrente peut masquer ce phénomène en provoquant une augmentation de pression. C. LUZET.

G. ÉTIENNE. Des endocardites dans la tuberculose et en particulier des endocardites à bacilles de Koch (*Arch. de méd. exp., X, p. 146*).

Chez les tuberculeux l'endocardite est très rare. Elle peut être due soit à des microbes introduits dans la circulation par des infections secondaires, soit au bacille de Koch. Dans ce dernier cas, la lésion revêt exceptionnellement le type spécifique de la lésion tuberculeuse (cas de tubercules caséeux de l'endocarde de Lancereaux et de Letulle); le plus souvent, il se produit une endocardite végétante banale, sans caractère particulier.

L'auteur a eu l'occasion de constater anatomiquement 5 cas d'endocardite végétante chez des tuberculeux. Dans deux de ces cas, par le résultat négatif des cultures et l'inoculation positive au cobaye, il a démontré que l'endocardite était sous la dépendance exclusive du bacille de Koch.

Ces endocardites restent cliniquement latentes, survenant à la période ultime de la maladie et masquées par l'importance des symptômes de la tuberculose pulmonaire. H. BOURGES.

COURTOIS-SUFFIT. Pleurésie putride sans gangrène du poumon ni de la plèvre; infiltration gazeuse de la paroi thoracique; empyème; mort (*Soc. méd. des hôp., 10 déc. 1897*).

Un homme de 23 ans présente les signes d'une pleurésie aiguë de la base droite, que l'on suppose être purement séro-fibrineuse; 10 jours après, en raison de l'accroissement du liquide, on fait une ponction et on retire 900 grammes de liquide purulent, très fétide; le surlendemain au niveau de la ponction, on note un emphysème sous-cutané; on pratique l'empyème qui amène l'issue de pus fétide, le malade meurt trois jours après. A l'autopsie on trouve une infiltration de pus dans le tissu sous-cutané de la paroi thoracique; aucune altération gangréneuse de la plèvre ni du poumon; des tubes ensemencés sont tous restés stériles, quoique l'examen du pus montrât l'existence de nombreux microbes. H. LEROUX.

WIDAL et NOBÉCOURT. Pleurésie putride sans gangrène du poumon ni de la plèvre; pneumothorax par fermentation gazeuse; tuméfaction gazeuse sous-cutanée consécutive à la ponction; recherches bactériologiques (*Soc. méd. des hôp., 13 déc. 1897*).

Un homme de 40 ans éprouve, le 7 mai, un point de côté dans la partie gauche du thorax; quatre jours après, douleur subite atroce avec dyspnée, suivie de toux quinteuse. Le 22 mai il entre à l'hôpital; on note en avant à gauche tympanisme jusqu'à la 4e côte, matité au-dessous, en arrière tympanisme plus limité, matité dans les 3/4 inférieurs; une ponction d'urgence amène l'issue d'un litre de liquide puriforme d'odeur fétide; le lendemain on entend voix et souffle amphoriques au sommet; autour du point de la ponction très large plaque de tuméfaction rouge avec crépitation gazeuse.

A l'autopsie on retire de la plèvre une grande quantité de pus sanieux fétide, mêlé de gaz, aucune altération gangréneuse du poumon ni de la plèvre. L'examen du liquide de la ponction montre des cocci isolés ou en diplocoques, en grappes ou en chaînettes et des bacilles très variés; des ensemencements donnèrent des cultures de staphylocoques, de streptocoques et de bâtonnets. L'inoculation au cobaye du liquide pleural amena la formation d'une poche

avec crépitation gazeuse, d'où s'échappa un liquide sanieux grisâtre, contenant la même variété de microbes. On put avec la sérosité pleurale et péritonéale isoler un microbe présentant tous les caractères du proteus vulgaris.

H. LEROUX.

AUCHÉ et G. CARRIÈRE. Étude histologique des épanchements hémorragiques de la plèvre (*Revue de méd., mars 1897*).

L'étude histologique de trois cas de pleurésie tuberbuleuse hémorragique a conduit les auteurs aux conclusions suivantes :

Dans les épanchements hémorragiques, le rapport du nombre des globules blancs à celui des globules rouges est toujours plus élevé que dans le sang normal.

Tantôt le nombre des globules blancs est légèrement augmenté, tantôt il atteint à peu près celui des hématies.

Les différentes variétés de globules sont entre elles dans des rapports tout aussi variés. Quelquefois les leucocytes constituent environ les 3/4 ou les 4/5 des globules blancs et les cellules éosinophiles ne sont guère plus abondantes que dans le sang ; chez d'autres sujets, ces dernières sont à elles seules plus nombreuses que le reste des globules blancs, et les lymphocites grands et surtout petits, sont en plus grande abondance que les leucocytes mononucléés et polynucléés.

Les cellules éosinophiles présentent aussi des caractères très variables, quelquefois elles ont leur aspect normal, d'autres fois elles ont l'aspect de gros lymphocytes dont un segment de l'atmosphère protoplasmique serait farci de granulations éosinophiles très serrées. Elles peuvent aussi revêtir l'aspect de petits lymphocytes, ayant un seul noyau arrondi, très fortement coloré, entouré d'une très mince couche protoplasmique. Le nombre et le volume des grains éosinophiles est également des plus variables.

La fréquence des cellules éosinophiles dans l'épanchement peut coïncider avec une grande abondance de ces mêmes éléments dans les crachats et leur augmentation dans le sang de la circulation générale sans que les auteurs puissent encore dire quelle relation il existe entre ces trois termes.

C. GIRAUDEAU.

R. MASSALONGO. Dell' osteo-artropatia ipertrofica pneumica (*Il Policlinico, 1897*).

Observation d'un homme de 52 ans, présentant des mains et des pieds énormes et dont les déformations étaient tout à fait typiques de l'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique. L'auteur donne en grand détail les dimensions des quatre extrémités, ainsi que des dessins très bien réussis montrant l'aspect des mains et celui du malade nu ; les poignets et les articulations tibio-tarsiennes étaient manifestement augmentées de volume ; quant aux genoux et aux coudes ils étaient aussi atteints, mais à un bien moindre degré. L'autopsie fut faite.

Massalongo, à propos de ce cas, se livre à des dissertations très étendues sur la nature et la pathogénie de l'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique, et bien que chez son malade il existât une toux persistante avec expectoration abondante et signes physiques de bron-

chite chronique bien manifestes, bien qu'à l'autopsie on ait constaté un catarrhe bronchique diffus avec plusieurs bronchectasies, il en prend acte pour soutenir que chez ce malade l'ostéo-arthropathie ne peut être rapportée à aucune altération de l'appareil respiratoire, et que d'ailleurs, d'une façon générale, l'origine « pneumique » n'est pas un facteur notable dans la pathogénie de l'ostéo-arthropathie hypertrophiante.

PIERRE MARIE.

Mackie WHYTE. A case of chylous transudations into the pleural, pericardial and peritoneal cavities (*Edinburgh med. Journ., p. 551, déc. 1897*).

Une femme de 21 ans, à antécédents personnels tuberculeux, est atteinte d'épanchement pleural, puis au bout de quelques jours d'épanchement dans le péritoine et enfin dans le péricarde ; elle succombe après 40 jours de maladie, durant lesquels on pratiqua 9 ponctions de la plèvre, qui donnèrent issue à un total de 22 litres de liquide chyleux, contenant très peu de leucocytes, pas de cellules graisseuses, mais quelques particules animées de mouvements browniens.

Le liquide du péricarde et du péritoine était à peu près semblable à celui de la plèvre.

En l'absence d'autopsie, l'auteur émet l'hypothèse d'une compression du canal thoracique, soit par des ganglions médiastinaux, soit par une cicatrice profonde du cou, consécutive à une suppuration ganglionnaire ancienne.

P. MAUBRAC.

Émile LENOBLE. Contribution à l'étude clinique du sang; caractères séméiologiques du caillot et du sérum (*Thèse de Paris, 1898*).

Ce travail qui renferme 112 observations se divise en deux parties : la première comprend l'exposé de la technique de l'auteur, suivi d'une étude clinique de la coagulabilé du sang et de l'alcalinité du sérum, avec examens spectroscopiques au moyen du petit spectroscope à vision directe d'Hayem.

Dans la seconde partie, exclusivement clinique, l'auteur étudie les modifications de l'état du sang dans les *anémies* légères, moyennes et intenses ; dans les *anémies post-hémorragiques* et dans les anémies dites improprement pernicieuses, progressives deutéropathiques. Il montre que les modifications sanguines sont en rapport avec l'intensité de l'anémie et que leur degré extrême est atteint dans les anémies symptomatiques graves de l'adulte. L'absence de rétraction du caillot est caractéristique de l'anémie pernicieuse progressive protopathique, des purpuras hémorragiques primitifs graves, de certains états infectieux. Elle est due soit à l'absence presque absolue d'hématoblastes et alors son pronostic est très grave ou à une action toxique portant sur le fibrinogène. Lorsque la guérison doit avoir lieu, on assiste dans le premier cas à une crise hématoblastique coïncidant avec le retour de la transsudation. Dans ces variétés, le caillot présente des caractères très particuliers. Le sérum fluorescent peut exister à l'état physiologique, mais il est le plus souvent l'indice d'un état pathologique : dépigmentation du sérum, urobilinhémie intense, surtout association d'une forte proportion d'urobiline et de pigments biliaires. Dans les affections du foie, le sérum et le caillot

présentent des caractères très particuliers qui se modifient suivant la lésion en présence de laquelle on se trouve : caillot noir, friable, dans le cas de toxines complexes ; sérum peu abondant, jaune verdâtre avec réaction de Gmelin (ictère biliphéique) qui peut persister et caractériser un ictère infectieux à rechute ; jaune vert avec effacement de la partie droite du spectre sans réaction de Gmelin (ictère hémaphéique), l'association de bilirubine et de bilirubidine étant du reste possible à cause de l'état morbide du foie ; la présence du Gmelin dans le sérum se rencontre dans certains états où la peau se pigmente (dyspepsies, peut-être xanthelasma). Dans les affections profondes, ces divers pigments peuvent se succéder dans le sérum jusqu'à la mort complète de la cellule. Le sérum laqué caractérise avec la redissolution du caillot, l'hémoglobinurie paroxystique à frigore. Il peut exister à titre accidentel chez les enfants, en cas de température élevée, emploi de ventouses scarifiées, etc. Mais, l'hémoglobinhémie primitive ou secondaire caractérise les états infectieux, surtout s'il s'y ajoute d'autres modifications du sang : irrétractilité partielle du cruor, redissolution partielle ou totale, etc. Dans les états improprement dits, ictère hématique ou méthémoglobinhémique, la caractéristique est la présence de méthémoglobine dans le sérum laqué. Ailleurs, les toxémies plus légères se bornent à une simple désagrégation du caillot associée à des altérations peu prononcées des éléments figurés. L'hémophilie accidentelle caractérisée par un retard de la coagulation variable avec les individus (1/2 heure à 11 heures) par l'état couenneux du caillot diffère par ces caractères de pseudo-hémophilies ; on ne connaît pas exactement l'état du sang dans le scorbut.

Le sérum opalescent peut être physiologique, dû à la présence de particules graisseuses, aux granulations de Widal, à l'exagération des leucocytes. Dans ce dernier car le sérum se prend en gelée sous l'influence de l'éther. La réaction de Bremer dans le sang des diabétiques n'est pas constante. Dans la fièvre typhoïde, le sérum et le caillot n'ont rien de caractéristique. Le signe de Garrod ne s'observe que chez les goutteux. H. BOURGES.

Léopold LÉVI. Paralysies d'origine cardiaque par embolies microscopiques du cerveau (*Gaz. hebd. Paris, 18 nov. 1897*).

Une femme de 41 ans, multipare, entre à l'hôpital pour de la congestion pulmonaire avec lésions d'endocardite. A la consultation, elle avait une parésie faciale gauche qu'on pouvait prendre pour de l'asymétrie. Le lendemain, sans ictus, elle avait une hémiplégie gauche complète sans trouble de sensibilité. Il se fit, les jours suivants, de l'œdème des membres paralysés.

A l'autopsie, infarctus dans le poumon gauche; congestion pulmonaire; gros cœur ayant aussi des végétations récentes. Œdème de la pie-mère ; circonvolutions œdématiées présentant par places des plaques de décoloration de la substance grise.

Une femme de 32 ans, ayant un cancer utérin inopérable, est prise, en se levant, d'une hémiplégie gauche complète (face et membres) avec troubles de la sensibilité; ceux-ci ont été variables, mais ont persisté jusqu'à la mort.

A l'autopsie, entre autres lésions, on trouve de l'endocardite végétante. Le cerveau, lavé, anémié, ne montre aucune lésion en foyer, ni corticale, ni centrale. Dans l'hémisphère droit, on voit par places au niveau de l'union

des substances blanche et grise, une différence dans la teinte habituelle; dans la substance grise existent comme des travées blanchâtres, crayeuses, irrégulières et comme des taches de volume variable, généralement de quelques millimètres. En ces points, au microscope, on trouve de nombreux corps granuleux et des cellules paraissant atteintes de dégénérescence vitreuse. Sur les coupes du lobe pariétal, on voit de petits foyers formés de globules sanguins et de cellules à noyaux, ayant quelquefois à leur centre un vaisseau congestionné.

L'auteur considère ces lésions comme dues à des embolies microscopiques. LEFLAIVE.

EWART et ROLLESTON. Intracardiac thrombus arising from the fossa ovalis..... (*Clinic. Soc. Trans., XXX, p. 190*).

Il s'agit d'un thrombus pédiculé, probablement consécutif à une endocardite de la fosse ovale et qui, projeté dans l'orifice mitral, donna lieu à des signes de rétrécissement mitral avec insuffisance.

Femme de 43 ans, atteinte en février 1896 de pleuro-pneumonie; on constate ensuite de l'arythmie et un souffle systolique précédé d'un claquement à la pointe. En janvier, asystolie, souffle tricuspidien, anasarque. En mars, murmure présystolique et thrill. Mort le 15 mars.

L'oreillette gauche est dilatée et contient un corps résistant. En l'incisant, on trouve un thrombus volumineux que retient un pédicule inséré sur la partie postéro-inférieure du trou ovale. Ce thrombus s'engage dans l'orifice mitral, au niveau duquel il présente une dépression circulaire, et pénètre dans le ventricule gauche; la portion ventriculaire est plus importante que l'auriculaire. L'orifice mitral n'est pas rétréci; un peu d'endocardite des valvules, sans végétations.

La section du caillot montre des lames concentriques et une cavité dans la portion auriculaire. Il est composé de fibrine partiellement organisée (cellules fusiformes et cellules arrondies) et augmentée de dépôts récents.

L. GALLIARD.

U. DELL' ACQUA. Contributo allo studio dei rumori musicali del cuore (*Il Morgagni, p. 612 et 641, sept. et oct. 1897*).

Les bruits musicaux de la région précordiale peuvent être cardio-pulmonaires, veineux, péricardiques, pleuro-péricardiques, cardio-thoraciques, ou simplement cardiaques.

Les bruits cardio-pulmonaires sont dus à un catarrhe des alvéoles et des petites bronches et coïncident souvent avec des bruits respiratoires à caractère acoustique identique; ils ont le plus souvent pour siège l'appendice lingual du poumon, sont modifiés par la respiration, la toux, les changements de position, la pression. Ils suivent ordinairement la systole, rarement la diastole.

Les bruits veineux ne sont pas toujours continus, bien qu'ils soient de préférence en rapport avec la systole et l'inspiration; ils s'affaiblissent dans la position verticale, se modifient et peuvent disparaître par la compression de la jugulaire; ils peuvent être dus à un changement dans la composition du sang, plus souvent à un rétrécissement de la veine causé par une infiltration connective de ses parois ou par une tumeur du médiastin.

Les bruits péricardiaques sont assez rares, sont souvent faciles à distinguer des bruits d'une autre nature, à moins qu'il n'y ait des lésions cardiaques ou artérielles.

Les bruits pleuro-péricardiques et cardio-thoraciques ne s'observent qu'exceptionnellement; ils sont systoliques et supposent l'adhérence totale ou partielle des feuillets péricardiques entre eux.

Le tintement métallique s'observe chez les sujets à parois thoraciques minces, pendant la systole, quand l'activité du cœur est très renforcée; sa production n'est pas élucidée, elle paraît vraisemblablement due à des vibrations du thorax.

On a attribué une grande importance aux tendons dans la production des bruits métalliques cardiaques, théorie qui est à peu près abandonnée. Les polypes et les membranes qui traversent les cavités cardiaques ont plus d'importance; la perforation des valvules sigmoïdes y donne lieu plus souvent que celle des valvules auriculo-ventriculaires.

G. THIBIERGE.

HASENFELD. Ueber die Herzhypertrophie bei Arterioscleriose (*Deut. Arch. f. klin. Med., LIX, p. 193*).

Il existe déjà physiologiquement dans les artères splénique, mésentérique supérieure et hépatique, une légère hypertrophie conjonctive de la tunique interne. L'artério-sclérose des vaisseaux splanchniques est fréquente aux degrés léger et moyen ; mais visible seulement au microscope; par contre, les altérations sclérosiques entendues y sont beaucoup plus rares que dans l'aorte et les artères des membres et du cerveau. Elle est aussi plus développée dans les troncs des vaisseaux splanchniques et diminue dans leurs ramifications. L'artério-sclérose ne produit d'hypertrophie du cœur gauche que lorsque les artères splanchniques ou l'aorte au-dessus du diaphragme sont fortement lésées; dans les autres districts vasculaires cette lésion ne semble pas provoquer d'hypertrophie cardiaque. En raison de l'intégrité des ramifications terminales de l'intestin et du développement variable de la sclérose dans les gros troncs splanchniques, l'hypertrophie du ventricule gauche était très peu marquée dans les cas étudiés par l'auteur. Dans les cas de rein contracté examinés, toutes les régions du cœur étaient constamment hypertrophiées. S'il existait aussi des scléroses graves des vaisseaux splanchniques, l'hypertrophie du ventricule gauche prédominait : tandis que si le rein contracté coexistait avec des lésions nulles ou peu accentuées des vaisseaux splanchniques, toutes les parties du cœur étaient également lésées. C. LUZET.

SCHISCHHOLD. Die Verengerungen der Aorta..... (Les rétrécissements de l'aorte dans la région du canal de Botal et leurs conséquences) (*Münch. med. Woch., p. 1279, 16 nov. 1897*).

Le pronostic de cette affection est absolument le même que celui des autres cardiopathies. Il est assez bon quand la compensation est suffisante; un des malades a pu atteindre 92 ans. Martin donne comme moyenne 34 ans de vie; chiffre qui est peut-être trop bas en raison des cas morts de maladies intercurrentes. Dans les seuls cas ou une circulation collatérale

ne s'était pas établie ou bien où le rétrécissement siégeait en avant des grosses bronches, la mort peut survenir par la maladie même, par rupture de l'aorte ou du cœur. C. LUZET.

THOINOT et Henry BERNARD. Note sur la rupture de l'aorte avec détermination d'hématome sous-pleural (*Soc. méd. des hôp., 15 oct. 1897*).

Un homme de 77 ans, peu après une violente querelle, est pris d'une violente douleur abdominale, avec paroxysmes très intenses, nausées, soif vive; le pouls reste régulier; la crise se calme et le malade meurt par une syncope silencieuse. A l'autopsie, on trouve une rupture de la crosse de l'aorte, laquelle était peu athéromateuse; la perforation très limitée avait donné lieu à un anévrisme disséquant; le sang fuyant entre les tuniques moyenne et externe jusqu'à l'artère sous-clavière, avait décollé la plèvre costale gauche et creusé une poche contenant 1,700 centimètres cubes de sang; cette masse avait refoulé le poumon gauche; il y avait du sang infiltré dans tout le tissu cellulaire du médiastin postérieur et le long de l'aorte abdominale.

Les auteurs signalent l'importance des douleurs abdominales, qu'ils expliquent par l'hémorragie qui, suivant l'aorte, va comprimer le plexus cœliaque. H. LEROUX.

BARTH. Thrombose spontanée de la veine porte et de ses racines périphériques; lésions consécutives graves d'une anse intestinale; pseudo-étranglement et péritonite aiguë promptement mortelle (*Soc. méd. des hôp., 22 oct. 1897*).

Un homme de 47 ans, alcoolique, est depuis le 1er octobre sujet à de violentes coliques siégeant à l'épigastre et irradiant vers les hypocondres; pas d'ictère, pas d'albuminurie; on crut à des coliques hépatiques; brusquement le 17 octobre, le ventre se météorise, il se produit des hoquets, des vomissements verts continuels; la fièvre s'établit; le tableau de la péritonite suraiguë se déroule et le malade succombe moins de 24 heures après le début de ces accidents.

A l'autopsie, on trouve un litre de liquide rougeâtre ascitique, pas de fausses membranes péritonitiques, sauf au niveau d'une anse intestinale, répondant au milieu du jéjunum, qui était violacée, presque noirâtre, à paroi épaissie, sans étranglement ni torsion; le mésentère était épaissi, lardacé. L'incision de l'anse montre les parois épaissies, congestionnées, les valvules conniventes, non ulcérées, mais dans un état tomenteux, les vaisseaux élargis remplis de caillots noirs, ainsi que les veines du mésentère correspondant; l'anse malade mesure 20 centimètres; au-dessus, sur une longueur de 50 centimètres, le jéjunum est encore très injecté, en aval les lésions cessent brusquement. Les veines mésaraïques sont obstruées depuis l'intestin jusqu'à leur embouchure dans le tronc porte ainsi que la veine splénique et ses branches qui forment des cordons durs, ainsi que les veines des parois de l'estomac. C'est dans le tronc de la veine porte que la thrombose est le plus accentuée. Le caillot fibrineux est gris rose, ferme, adhérent à la paroi; les divisions intra-hépatiques sont affaissées, vides; le foie flasque, flétri.

Barth admet que l'oblitération de la veine porte est le fait pathologique initial d'où découlent les altérations de la circulation et de la nutrition d'une partie de l'intestin. H. LEROUX.

BORRMANN. Beiträge zur Thrombose des Pfortaderstammes (Thrombose du tronc de la veine porte) (*Deut. Arch. f. klin. Med., LIX, p. 283*).

Il existe une affection primitive scléreuse et athéromateuse des parois de la veine porte et dans certains cas des veines qui s'y rendent (splénique mésentérique) aussi obscure, au point de vue étiologique, que les affections athéromateuses de l'aorte. Ces lésions peuvent provoquer par troubles circulatoires une thrombose de la veine porte, qui constitue une variété primitive de cette affection, indépendante de toute lésion du foie et des autres organes qui avoisinent la veine porte et sur laquelle l'auteur appelle l'attention. C. LUZET.

G. HAYEM et G. LION. Maladies de l'estomac (*Extrait du Traité de médecine, IV*).

Dans ce travail d'un peu plus de 300 pages, H. et L. ont présenté un tableau d'ensemble de l'état actuel de nos connaissances sur les maladies de l'estomac. Grâce aux perfectionnements introduits dans les procédés d'investigation, l'histoire des gastropathies a subi, dans ces dernières années, une revision complète. Les travaux bien connus de Georges Hayem, sur la physiologie et notamment sur la pathologie de la sécrétion gastrique, sur les altérations anatomiques de la muqueuse de l'estomac qui en sont le substratum, n'avaient pas encore été résumés dans un travail d'ensemble, dans un livre de vulgarisation. Cet ouvrage vient à son heure.

Il est impossible de présenter une analyse d'ensemble d'un livre qui touche à un trop grand nombre de questions et nous croyons que le seul moyen d'en donner un rapide aperçu est d'en passer en revue les différents chapitres.

Le premier est consacré à la technique de l'exploration gastrique. A côté des méthodes courantes d'examen, des méthodes nécessitant le cathétérisme, une large place est réservée à l'exploration chimique. Un long chapitre est consacré à l'analyse du processus chimique normal de la digestion gastrique et aux troubles divers de ce processus. La question des troubles évolutifs, celle des liquides résiduels, n'avaient pas encore été traitées, comme il convient à leur importance.

La dilatation de l'estomac, au lieu de constituer le *caput mortuum* de la pathologie stomacale est considérée au point de vue rigoureusement scientifique et sa description constitue certainement un des points neufs les plus importants de ce traité.

Naus ne pouvons que signaler l'étude des autres signes et symptômes communs aux maladies de l'estomac : gastralgie, crises gastriques, troubles de l'appétit, vomissement, gastrorragie, flatulence, etc.

Dans l'exposé de la pathologie spéciale, certains chapitres, classiques cependant, ce qui ne veut pas dire légitimes, font défaut, d'autres sont absolument nouveaux. L'encombrante dyspepsie est rayée du cadre nosologique et fait place à la gastrite. L'histoire des gastrites domine la pathologie de l'estomac, aussi bien H. et L. leur ont-ils consacré près de 90 pages. Ici tout est, pour ainsi dire, personnel, c'est en quelque

sorte la synthèse de l'enseignement de Hayem : l'étiologie, l'anatomie pathologique, la séméiologie sont envisagées sous l'angle des faits et non plus sous le couvert commode de l'hypothèse. Ce qu'il nous faut faire remarquer plus spécialement, c'est que chaque type individualisé a sa caractéristique anatomique et chimique. L'examen des coupes reproduites par Karmanski suffit à démontrer, nous ne dirons pas la réalité, car le doute n'est permis qu'à la condition de fermer les yeux, mais bien l'intensité et la spécificité des lésions.

La connaissance des causes, celle des lésions et des troubles consécutifs de la digestion gastrique a pour corollaire la mise en œuvre de moyens de traitement appropriés.

L'étude des ulcérations de l'estomac, celle de l'ulcère simple, du cancer, sont présentés dans les chapitres suivants; et à propos de chacune de ces maladies tout ce qui a trait à l'étude anatomique et à l'analyse de la digestion gastrique, est l'exposé de recherches entreprises sur un nombre considérable de pièces.

C'est la note personnelle qui domine encore dans l'étude, qui n'avait pas encore été présentée d'ensemble, des troubles mécaniques et statiques. C'est là qu'on trouvera la démonstration de la confusion évidente commise par les auteurs entre la sténose pylorique et la gastro-succorrhée.

Le travail se clôt sur l'histoire des gastronévroses. La conclusion de cette brève et insuffisante analyse sera l'impression qui résultera pour tous de la lecture de cet ouvrage, à savoir que la pathologie de l'estomac se dégage du terrain de l'hypothèse pour se constituer, comme la pathologie des autres organes, sur le seul terrain digne de la science, celui des faits, celui de l'observation. PAUL TISSIER.

CAPPS. Digestion leucocytosis as an aid in diagnosis of cancer of the stomach (*Boston med. surg. Journ.*, *4 nov. 1897*).

Sur 17 cas d'épithéliomes de l'estomac, les uns confirmés par l'autopsie et les autres avec des symptômes cliniques tels, que le diagnostic n'en était pas douteux, la leucocytose digestive fit 15 fois défaut, ce qui ferait de l'absence de ce phénomène un signe diagnostique meilleur du néoplasme stomacal que les autres signes peu constants : présence d'acide lactique, absence d'acide chlorhydrique libre, etc. La leucocytose digestive est présente dans l'ulcère et dans la dilatation simple de l'estomac; elle manque souvent dans le catarrhe gastrique chronique. Quant à la présence de la leucocytose digestive, elle ne dépend pas nécessairement de la présence d'acide chlorhydrique libre. La présence de la leucocytose digestive est donc plutôt contre l'existence de l'épithéliome de l'estomac que son absence n'est en faveur du diagnostic. CART.

HAYEM. Note sur les variations de la capacité stomacale dans les sténoses pyloriques (*Soc. méd. des hôp.*, *12 nov. 1897*).

Dans les sténoses pyloriques l'estomac peut être extrêmement ou faiblement dilaté ou même au-dessous de la normale. Parmi les causes d'une dilatation moyenne Hayem cite l'intolérance de l'estomac; la fré-

quence des vomissements, l'hypertrophie de la paroi musculaire, l'existence de brides de périgastrite ; la restriction de l'alimentation. Le retrait de l'estomac peut exister même en cas de sténose serrée ; il existe, en général, de la périgastrite consécutive à un ulcère de l'estomac.

H. LEROUX.

DU MESNIL DE ROCHEMONT. Ueber die Beziehungen anämischer Zustände.... (Des rapports des états anémiques avec l'acidité du suc gastrique et de l'ulcère de l'estomac) (*Münch. med. Woch., p. 1466, 21 déc. 1897*).

L'auteur montre que le degré d'alcalinité du sang des anémies de diverses sortes est régulièrement plus élevé que la normale ; en opposition avec la chlorose où sur 17 cas il trouve 2 fois une alcalinité exagérée, 5 fois une alcalinité normale et 10 fois une diminution d'alcalinité (60 0/0). On peut donc chercher dans cet état du sang une partie de la disposition des chlorotiques aux ulcères de l'estomac. Une autre raison doit être trouvée dans l'augmentation d'acidité du suc gastrique de ces malades.

C. LUZET.

E. ALBERT. Sur une variété de stomatite épidémique; relation de 3 épidémies (*Arch. de méd. mil., fév. 1898*).

Dans l'espace de trois années, A. a observé trois épidémies d'une variété particulière de stomatite, qui semble se rapprocher de la perlèche. Elle est caractérisée par des ulcérations très superficielles siégeant aux lèvres, au palais, à la pointe de la langue, débutant, sans fièvre ni symptômes généraux, par une érosion desquamative qui s'ulcère, sans dépasser l'étendue d'une pièce de 20 centimes. Les symptômes subjectifs sont une irritation vive au contact d'aliments salés ou chauds, un léger gonflement. Cette stomatite est bénigne durant une dizaine de jours; elle apparaît sous forme épidémique à la région estivale, se circonscrivant à une ou deux chambrées, ne frappant que peu de sujets : détail à noter, elle n'a été observée que sur des troupes à cheval et n'a été signalée ni dans l'infanterie ni dans la population civile. L'étiologie est inconnue; les essais d'inoculation sur l'homme et les animaux ont échoué; la contagion semblant assez nette, A. a fait des recherches bactériologiques qui n'ont donné aucun résultat; il a rencontré les moisissures habituelles de la bouche, des coccus, des staphylocoques et un petit bacille en bissac, rappelant le bactérium termo, s'en différenciant par les cultures; il l'a inoculé sans succès.

A. CARTAZ.

A. CALABRESE. Alcune ricerche sul ricambio materiale nella cirrosi epatica volgare (*Il Morgagni, p. 557, août et sept. 1897*).

Dans la cirrhose atrophique, l'absorption des aliments est troublée en proportion de la gravité de la maladie et se fait plus régulièrement à la suite de l'évacuation de l'ascite; ce trouble de l'absorption peut être mis sur le compte de la stase veineuse chronique de l'intestin. Il y a généralement une légère rétention de l'azote qui augmente notablement dans

les 3 jours qui suivent la paracentèse abdominale. Peut-être la rétention de l'albumine tient-elle à la reproduction de l'ascite. Il y a une diminution constante de l'urée, et une augmentation de l'ammoniaque dans les urines, dont le degré est en relation avec la gravité plus ou moins grande de la maladie à une période avancée de celle-ci, il n'y a plus transformation en urée de l'ammoniaque introduite sous la forme de carbonate d'ammoniaque. L'acidité totale des urines est augmentée, et d'autant plus que la cirrhose est plus grave; à la dernière période, on peut y trouver de l'acide lactique, de la leucine et de la tyrosine. La glycosurie alimentaire n'est pas constante chez les cirrhotiques. G. THIBIERGE.

P. CLAISSE. Cancer primitif des voies biliaires (*Soc. méd. des hôp.*, *5 nov. 1897*).

Un homme de 73 ans a, depuis 5 mois, maigri et perdu des forces, il y a trois mois après une crise de vertiges il est devenu ictérique; l'ictère n'a fait que s'accentuer depuis son apparition, à son entrée le malade est cachectisé, en proie à des démangeaisons cuisantes; les selles sont décolorées, les urines fortement chargées de bile. Le foie légèrement douloureux n'est pas gros. Mort 8 jours après l'entrée à l'hôpital.

A l'autopsie on trouve un foie de volume normal; avec des bosselures fluctuantes, qui ne sont que des canaux biliaires très développés, d'où l'aspect angiomateux de certaines parties du foie; le parenchyme est tassé, mais non sclérosé. Un noyau cancéreux obstrue le canal hépatique au niveau de la fusion des deux branches; le canal cystique et la vésicule sont indemnes. La tumeur est formée de tissu conjonctif disposé en travées fibreuses, et de cellules épithéliales cylindriques. H. LEROUX.

HAYEM et GHIKA. Ictère méthémoglobinhémique; empoisonnement par une substance méthémoglobinisante de nature indéterminée (*Soc. méd. des hôp.*, *23 juill. 1897*).

Une femme de 39 ans, enceinte de deux mois et demi, est prise de vomissements, diarrhée, douleurs dans le bas ventre et hémorragie, signes d'un avortement. Le lendemain 14, on note une coloration brune d'emblée sur tout le corps; le lendemain 15, cette coloration a une teinte cuivrée, avec larges ecchymoses sur le nez et les joues; les muqueuses sont d'un rouge brun. L'examen du sang, couleur jus de pruneau, donne le spectre caractéristique d'un mélange de méthémoglobine et d'oxyhémoglobine, pas de pigments biliaires. Anurie presque absolue; on recueille quelques centimètres cubes d'urine brun chocolat, qui est une solution concentrée d'oxyhémoglobine et de méthémoglobine, sans urobiline ni pigments bilieux. Le 16 mars la coloration de la peau devient bronzée; le 17, à cette teinte s'ajoute une coloration jaune ictérique des plus nettes, les muqueuses deviennent aussi jaune brun. Le 18, l'iclère tourne au vert. Mort le 19 dans le coma.

Le sang, examiné à plusieurs reprises, contenait de 1,300,000 à 1,400,000 hématies, de 48,000 à 78,000 leucocytes, donc anémie intense, mais stationnaire, leucocytose progressive. L'examen du sang montre que le sérum et le caillot ont la même couleur brune, due aux dérivés de l'hémoglobine. Le 16, on trouvait un peu de bilirubine, beaucoup plus nette le 17. Le 19, le sang ne contenait plus de méthémoglobine, mais était très riche en bilirubine, celle-ci avait remplacé les pigments du début. Ce ne fut que le 18 mars que l'urine très albumineuse, renferma un peu de bile. Les selles étaient nettement bilieuses.

A l'autopsie on trouve le foie jaune brun, virant au vert, les reins d'un noir foncé, le sphacèle de la partie vaginale du col, avec des ulcérations au-dessus; l'utérus vide de son produit.

Dans les reins tous les tubes, soit dans la substance corticale, soit dans la substance médullaire, étaient obstrués par une substance brune, réfringente, et dilatés, ou aplatis; dans la substance corticale l'épithélium des tubes contournés est altéré; les cellules sont énormes, bourrées de pigment; cette substance brune est formée de blocs de méthémoglobine. Au contraire les corpuscules de Malpighi sont sains. Le foie était peu lésé. Des cultures faites avec le sang, de nombreuses recherches toxicologiques ont été stériles.

H. LEROUX.

DIEULAFOY et CAUSSADE. Pathogénie de l'appendicite : expériences démontrant l'exaltation de la virulence des micro-organismes en cavité close appendiculaire et la toxicité de leurs produits solubles élaborés dans cette cavité (*Soc. méd. des hôp.*, *26 nov. 1897*).

Les auteurs ont d'abord constaté l'exactitude des expériences de Hartmann et Mignot, quant à l'exaltation de la virulence des micro-organismes contenus en cavité close appendiculaire ; puis ils ont fait des séries d'inoculations parallèles chez des cobayes avec des bouillons de culture ensemencés les uns avec les liquides prélevés de la cavité close, les autres, de la partie libre de l'appendice; les cobayes injectés avec cette dernière sont restés indemnes, 2 (sur 3) des autres, injectés avec le filtrat de la cavité close ont succombé.

H. LEROUX.

DEBOVE. De l'œdème segmentaire (*Soc. méd. des hôp.*, *15 oct. 1897*).

Une fille de 22 ans a vu depuis 9 mois se développer une tuméfaction d'abord du genou droit, avec extension au mollet et à la cuisse; puis, 5 mois après, une tuméfaction analogue au membre gauche, mais moins accentuée ; il s'agit évidemment d'un œdème énorme des 2 membres, mais très atténué au niveau des genoux et des cous-de-pied ; nul, aux orteils et à la plante. La peau, piquée, laisse suinter de la sérosité. Il n'y a pas adénopathie. La malade a un rétrécissement mitral latent, n'est pas albuminurique, elle a eu même de la polyurie. L'examen du sang a été négatif et il n'y a aucun signe de la névrose hystérique.

H. LEROUX.

A. ROBIN. Sur l'albuminurie dyspeptique (*Bull. de l'Acad. de méd.*, *17 août 1897*).

Chez les dyspeptiques on observe fréquemment une albuminurie spéciale sans mal de Bright. Elle est intermittente (urines de l'après-midi et du soir), peu abondante et toujours constituée par de la sérine, et elle disparaît par le repos au lit. L'urine contient des phosphates terreux et de l'indican ; le coefficient de déminéralisation est augmenté. Cette albumine proviendrait des aliments dont l'albumine n'est pas devenue assimilable par suite des troubles digestifs. Elle guérit par le régime lacté et le repos au lit, suivis d'un retour graduel et prudent à l'alimentation normale.

LEFLAIVE.

BARLOW. Ueber Bacteriurie..... (*Deut. Arch. f. klin. Med., LIX, p. 347*).

Il est possible qu'à l'occasion la bactériurie puisse être due, comme Rosving l'a montré pour les calculs rénaux, à des processus locaux ; mais, nous ignorons comment dans ces cas les bactéries ont pénétré dans les reins ou dans les bassinets. Il est possible que la bactériurie soit causée par la résorption de bactéries, provenant de l'intestin ou d'autres organes et alors elles peuvent avoir passé directement par le sang et le rein dans l'urine ; ce mode de passage n'est pas cliniquement prouvé. Il est possible, qu'à l'occasion, la bactériurie provienne de l'importation de bactéries de l'urètre sain ou de la propagation d'une inflammation de l'urètre malade ; toutefois, la fréquence du coli-bacille rend peu vraisemblable cette hypothèse. La cause la plus vraisemblable de la bactériurie est le passage des coli-bacilles ou des autres bactéries de l'intestin directement à travers les tissus, ou éventuellement par la voie lymphatique. Dans ce cas la blennorragie avec ses complications paraît jouer un rôle considérable. C. LUZET.

BARD et PIC. Glycosurie dans le cancer du pancréas (*Revue de méd., déc. 1897*).

La glycosurie, au cours du cancer primitif du pancréas, s'observe dans deux séries de faits bien différentes. Tantôt il s'agit d'une glycosurie abondante, accompagnée du syndrome diabéte,' tantôt il s'agit d'une glycosurie légère, variable, à l'état de phénomène diabétique isolé.

Le diabète vrai est indépendant du cancer pancréatique, mais il peut y prédisposer en quelque mesure, et par contre, le développement du cancer peut atténuer ou faire disparaître les phénomènes diabétiques.

La glycosurie légère relève de la sclérose ascendante du pancréas, qui est le fait de l'obstruction du canal de Wirsung par le cancer ; elle ne s'observe d'ailleurs que dans un petit nombre de cas.

La sclérose secondaire du pancréas marche de pair avec la sclérose similaire du foie. Ce parallélisme peut être utilisé en clinique pour le diagnostic du cancer primitif du pancréas. C. GIRAUDEAU.

CORNEILLE. L'aphasie dans le diabète (*Thèse de Paris, 1897*).

L'aphasie doit compter au nombre des complications du diabète ; elle se présente dans toutes ses variétés isolées ou combinées. Comme les autres complications du diabète, elle est imprévue et passagère. Elle tient à des troubles de nature encore indéterminée de la circulation ou de l'innervation de certains territoires cérébraux, et elle relève du traitement général antidiabétique. P. SOLLIER.

E. BONARDI. Sclerosi diffusa pseudo-sistematizzata del midollo spinale con polinevrite in un caso di diabete mellito (*Il Morgagni, p. 557, août 1897*).

Homme de 72 ans, diabétique, atteint de troubles nerveux complexes. A l'autopsie, sclérose diffuse des cordons antéro-latéraux, grandes cellules des

cornes antérieures diminuées de volume et en voie de dégénérescence; névrite mixte des nerfs périphériques, dégénérescence des fibres musculaires.

GEORGES THIBIERGE.

LEVY et GISSLER. Untersuchungen über Typhusserum..... (Recherches sur le sérum typhique : expériences sérodiagnostiques dans l'épidémie de typhoïde de Pforzheim) (*Münch. med. Woch., p. 1435 et 1474, 14 et 21 déc. 1897*).

L'agglutination est une réaction spécifique, quand elle est recherchée par une méthode quantitative convenable. Elle est constante dans la fièvre typhoïde. La réaction positive est probante. Une réaction négative, dans les stades de début (1re et 2e semaine), ne prouve rien contre le typhus. Plus il s'est écoulé de temps depuis le début de la maladie, plus la réaction négative devient probante, contre le typhus. Le diagnostic précoce est généralement possible. L'agglutination et l'action bactéricide d'un sérum sont toutes deux des manifestations de l'immunité; sans cependant être identique ou en relation directe entre elles. L'agglutination se montre aussi dans d'autres liquides organiques que le sérum, mais elle y est moins prononcée. Dans l'action agglutinante du sérum typhique, nous possédons un moyen utile de reconnaissance et de différenciation immédiate des bacilles typhiques. La présence de bacilles typhiques dans l'urine est relativement fréquente et nécessite des mesures prophylactiques.

C. LUZET.

E. DINEUR. Le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde envisagé au point de vue de sa valeur séméiologique (*Bull. Acad. méd. Belgique, XI, p. 705*).

La séro-réaction de Widal est un signe certain de fièvre typhoïde lorsqu'elle fournit un résultat positif complet au bout d'une heure et à la dilution d'au moins 1 pour 25. La séro-réaction avec résultat négatif ne constitue qu'une probabilité très grande en faveur de la non-existence d'une infection typhique.

L'association de la tuberculose ou de la streptococcie à l'infection dothiénentérique n'empêche pas la réaction d'agglutination de se produire.

Quand il n'agit que comme agent d'infection locale (pleurésie purulente consécutive à la fièvre typhoïde), le bacille d'Eberth semble ne pas déterminer d'agglutination.

LEFLAIVE.

E. RENARD. De la séroréaction chez des anciens malades guéris de la fièvre typhoïde (*Thèse de Paris, 1897*).

Sur 104 échantillons de sérum de sujets guéris de la fièvre typhoïde, on a trouvé la séro-réaction extemporanée à la dilution de 1 p. 10 dans le tiers des cas. Dans un cas où la fièvre typhoïde remontait à un an, le sérum agglutinait encore à 1 p. 40. Dans quelques-unes de ces observations le pouvoir agglutinant persistait 23, 24, 26, 27 et 30 ans après la guérison de la fièvre typhoïde.

Cette séro-réaction positive dans une proportion de cas si notable est certainement en rapport avec l'existence d'une fièvre typhoïde anté-

rieure ; car comme l'a montré Bensaude la réaction positive chez les sujets non typhiques est exceptionnelle, elle n'a été signalée dans la littérature médicale que :

1 seule fois à 1 p. 40;
1 seule fois à 1 p. 30;
9 fois..... à 1 p. 20;
30 fois.... à 1 p. 10.

La conservation du pouvoir agglutinatif du sang des sujets atteints de fièvre typhoïde ne paraît pas être en rapport avec la gravité de la maladie, ni même avec les récidives. BOURGES.

LE NOIR et GOUGET. Contribution à l'étude des infections à streptocoques (*Arch. gén. de méd., déc. 1897*).

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme de 40 ans qui, souffrante depuis 10 jours, n'est alitée que depuis trois et arrive à l'hôpital très prostrée avec une forte fièvre, des vomissements bilieux, de la diarrhée et un léger ictère. Le foie a un volume normal, la rate est grosse. Mort dans la nuit. A l'autopsie on trouve le foie mou, gris jaunâtre, la rate grosse, diffluente. Le sang du cœur, les parenchymes du foie et de la rate donnèrent des cultures pures de streptocoques. Le foie présentait des lésions cellulaires très étendues ; beaucoup de cellules étaient réduites à l'état de détritus granuleux. Dans les reins l'épithélium des tubes contournés était à un état de nécrose avancée. Beaucoup de fibres du cœur étaient dégénérées. Dans le second cas, une femme atteinte d'une bronchite chronique, et diabétique, a une expectoration très abondante, purulente, qui contient exclusivement des streptocoques en longues chaînettes. Après 3 mois de séjour à l'hôpital elle succomba et on trouve des lésions de dilatation bronchique, que les auteurs attribuent à la streptococcie chronique. A. LEROUX.

G. VARIOT. La diphtérie et la sérumthérapie (*In-8° de 500 p., Paris, 1898*).

Cet ouvrage de plus de 500 pages a le grand mérite d'être entièrement écrit d'après les observations personnelles de l'auteur. A un court historique où est principalement exposé le rôle que Behring a joué dans la découverte de la sérothérapie de la diphtérie, succèdent deux chapitres de bactériologie, qui sont dus à Tollemer. Les caractères et les propriétés du bacille de Löffler y sont très clairement exposés ; peut-être conviendrait-il d'insister un peu plus sur la part que Roux et Yersin ont prise dans la démonstration de la spécificité du bacille de Löffler particulièrement par la production expérimentale de paralysies diphtériques. La technique de l'isolement, de la culture et de la coloration du bacille diphtérique est ensuite rapidement indiquée.

V. n'admet pas que le critérium bactériologique ait définitivement remplacé le critérium clinique et que la présence de bacilles de Löffler suffise à établir le diagnostic de diphtérie et justifie toujours l'emploi de la sérothérapie ; il est vrai qu'il comprend sous le titre de bacilles de Löffler, les bacilles courts, qui semblent en effet se présenter souvent en dehors de la diphtérie. Il réserve l'emploi du sérum aux manifestations ayant les caractères cliniques de la diphtérie et avant tout s'accompagnant de fausses-membranes à marche extensive et récidivante. On

peut cependant objecter à l'auteur qu'il existe indubitablement des angines à bacilles de Löffler, débutant avec l'aspect d'une angine pultacée ou herpétique et pouvant se transformer après un ou deux jours en angines pseudo-membraneuses ayant toute la gravité de la diphtérie toxique. Ces cas ne justifient-ils pas une application précoce de la sérothérapie basée sur l'analyse bactériologique seule alors que l'aspect clinique ne semble pas encore indiquer la nécessité de l'intervention ?

La réserve que fait V. à propos de la valeur séméiologique généralement attribuée aux associations microbiennes qu'on constate par la culture sur sérum dans la diphtérie, nous paraît plus justifiée.

La division des angines diphtériques proposée par l'auteur est la suivante :

1° Diphtérie bactériologique du pharynx, sans signe objectif certain et constant, mais donnant toujours à la culture du bacille de Löffler sous ses diverses formes ;

2° Diphtérie clinique du pharynx, présentant les signes objectifs habituels de la diphtérie et constamment la fausse membrane à tendance extensive ; elle est généralement causée par le bacille de Löffler.

Cette division prête à la critique sur deux points : d'abord parce que le premier groupe comprend les angines dans lesquelles on ne rencontre que le bacille court et sur la nature diphtérique desquelles il convient de faire toute réserve ; ensuite parce que V... fait entrer dans le second groupe, sous le nom de diphtérie à streptocoques, des angines pseudo-membraneuses ne renfermant pas de bacilles de Löffler. C'est là, nous semble-t-il, remettre inutilement en question la spécificité du bacille de Löffler et jeter sans profit la confusion dans les esprits, en classant sous la dénomination de diphtérie des angines qui ne relèvent pas du bacille diphtérique et ne sont pas justifiables du sérum antidiphtérique.

Ces questions de doctrine écartées, hâtons-nous de dire que la lecture de cet ouvrage est extrêmement attachante et instructive.

L'auteur a donné un développement très étendu à l'étude du croup, à propos de laquelle il note un symptôme nouveau, qu'il est le premier à avoir indiqué : le *signe de l'épiglotte*, caractérisé par la constatation d'un exsudat membraneux sur les bords et l'extrémité de l'épiglotte à l'examen direct. Ce symptôme permet de prévoir l'envahissement prochain du larynx dans la diphtérie pharyngée et dénonce la nature réellement diphtérique de la laryngite dans les cas de croup d'emblée et de croup fruste. A signaler également les descriptions originales du *croup fruste* sans accès de suffocation et du *faux croup grave* aussi menaçant que le croup diphtérique.

Dans la seconde moitié du livre on trouve réunis tous les précieux renseignements ayant trait à la thérapeutique de la diphtérie, qu'a fournis l'observation attentive de 3,000 malades : sérumthérapie, avec les modifications physiologiques et pathologiques qu'elle peut provoquer ; tubage, avec sa technique détaillée, ses indications et ses accidents ; un chapitre est réservé à la fin aux indications de la trachéotomie dans la pratique hospitalière. V. déclare avec raison que cette dernière opération est seule applicable en ville, sauf dans des conditions particulières à cause de la surveillance incessante de la part d'un médecin compétent, que réclame le tubage.

H. BOURGES.

BARBIER et TOLLEMER. Nouvelles recherches bactériologiques chez les diphtériques : infection bacillaire; infections septiques (*Soc. méd. des hôp., 29 oct. 1897*).

Les résultats ont été obtenus par l'examen de 11 malades ayant succombé à la diphtérie. Dans 3 cas, le bacille diphtérique virulent a été trouvé dans des ganglions, cervicaux (2 fois), bronchiques (1 fois), juxta péricardique (1 fois). Dans l'arbre bronchique on le trouve pur; dans les noyaux hémorragiques, associé dans les noyaux de broncho-pneumonie et le pus des bronches. L'ensemencement de la rate a été positif 3 fois, celui des centres bulbo-protubérantiels 5 fois; les reins ont été stériles ainsi que le cerveau.

Jamais l'ensemencement des organes internes n'a donné du bacille pur. Cette dissémination du bacille explique les cas d'intoxication, la pathogénie des paralysies diphtériques et des accidents bulbaires. Les ensemencements faits avec des ecchymoses sous-cutanées ont toujours été stériles. C'est donc un purpura dû à une toxine; les accidents hémorragiques ont toujours été relevés dans les cas de diphtéries associés au streptocoque. Le bacille dans les viscères est accompagné soit par le streptocoque, soit par le staphylocoque, soit par les deux à la fois. Cliniquement, ces infections simultanées correspondent parfois, mais non toujours, à des angines d'aspect infectieux, et souvent c'est l'arbre broncho-pulmonaire qui donne la clef des phénomènes infectieux. L'imprégnation de l'organisme par la toxine diphtérique prédispose les malades aux infections septiques, qui jouent un grand rôle dans le mécanisme de la mort. H. LEROUX.

FELTZ et R. ARCHAMBAUD. Sur un cas de rage à incubation prolongée (*Gaz. hebd. Paris, 30 sept. 1897*).

Un jeune homme de 20 ans avait été léché sur la bouche par un chien, qui fut ensuite reconnu enragé. Un peu plus de 6 mois après, à la suite de quelques fatigues ou excès, il fut pris de frissons, de dyspnée sans fièvre, de constriction à la gorge et de douleurs qui, partant de la région sternale, irradiaient dans le bras gauche et la main tout entière. Le lendemain, hydrophobie et spasmes pharyngiens rendant impossible la déglutition des boissons. Le soir, délire furieux, cyanose et mort 36 heures après le début des accidents. LEFLAIVE.

GLOGNER. Neuere Untersuchungen über die Ätiologie und den klinischen Verlauf der Beri-beri Krankheit (*Arch. f. Schiffs und Tropenhyg., I*).

Gl. est d'avis que le béribéri n'est pas occasionné par une cause unique; pour lui, il peut apparaître comme l'effet consécutif d'infections générales de diverses espèces, de la même manière qu'on voit des affections des nerfs périphériques à la suite de la diphtérie, de la fièvre typhoïde et d'autres maladies infectieuses. Souvent les manifestations du béribéri se produisent immédiatement après la dysenterie; mais il est encore plus commun qu'il soit la conséquence d'une invasion de la rate par des

parasites analogues à ceux du paludisme, ou la suite d'une infection paludéenne indubitable. J. B.

CLAISSE et DUPRÉ. La parotide chez les saturnins (*Presse méd. 18 déc. 1897*).

Deux modes pathogéniques de la tuméfaction et de l'hypertrophie définitive de la parotide chez les saturnins.

1° *Hydroparotide par rétrécissement sténonien.* — Elle peut être inflammatoire et alors transitoire et curable : subite, douloureuse, fluxionnaire, aiguë, assez rapidement jugée par une débâcle salivaire critique. Ou bien elle est d'origine scléreuse (sténose fibreuse du canal de Sténon), et aboutit lentement à la destruction anatomique de la glande ; donc chronique, définitive.

2° *Cirrhose parotidienne hypertrophique.* — Elle est le dernier terme des accidents mécaniques et infectieux qui frappent la parotide des saturnins. L'infection est l'élément nécessaire de cette cirrhose ; elle agit sur une glande lentement adultérée par l'élimination chronique du poison.

Claisse et Dupré citent un saturnin dont les parotides étaient hypertrophiées sans rétrécissement apparent des canaux de Sténon, mais avec des antécédents de fluxions parotidiennes : l'infection ascendante de la glande avait suffi pour produire l'hypertrophie.

Il convient d'admettre l'analogie entre la glande salivaire et la glande biliaire au point de vue de la pathogénie de la cirrhose. L. GALLIARD.

Eugène RIFFÉ. Le typhus exanthématique à Paris en 1894 (*Thèse de Paris, 1896*).

Travail basé sur 39 cas de typhus soignés à l'annexe de l'Hôtel-Dieu, en 1894 ; 13 de ces malades ont succombé.

Le typhus exanthématique, dont l'endémicité est bien démontrée en Bretagne, a paru pendant plus de deux ans devoir s'acclimater à Paris. L'épidémie de 1894 ne fut vraisemblablement qu'un réveil de celle de 1893.

Les deux foyers de contagion situés dans le cinquième arrondissement, au voisinage de la place Maubert, fournirent la majorité des cas.

La diarrhée s'est montrée aussi fréquente que la constipation pendant toute la durée de la maladie. La courbe thermique, toujours régulière, a souvent présenté avant la terminaison par crise, une encoche en V caractéristique.

La gravité des cas fut surtout en raison directe de l'âge et des antécédents pathologiques des malades. L'alcoolisme paraît jouer un rôle spécialement néfaste. Le traitement par les bains froids, bien supporté par les typhiques, agit surtout comme calmant de l'excitation nerveuse. Il est sans effet sur les diverses périodes de la maladie. J.-B.

Ernst ROMBERG. Bemerkungen über Chlorose und ihre Behandlung (*Berlin. klin Woch., nos 25 à 27, 21, 28 juin et 5 juill. 1897*).

Remarques sur 117 cas de chlorose. Dans les cas graves, le nombre

moyen des leucocytes sanguins est d'environ un tiers moindre que celui des cas légers.

Sur 28 cas de chlorose, pris au hasard, qui ont été l'objet d'un examen ophtalmoscopique, 19 offraient des altérations de la papille consistant en effacement de ses contours, décoloration et gonflement. Ces modifications du fond de l'œil se rencontrent aussi bien dans les chloroses légères que dans les intenses, tandis qu'elles peuvent manquer aussi bien dans les unes que dans les autres. Le plus souvent les altérations sont plus marquées sur l'une des moitiés de la papille et sur l'un des yeux ; elles ne se trahissent par aucun trouble visuel ou autre.

Chez une autre malade, atteinte de chlorose grave avec phénomènes dyspeptiques, le fond de l'œil était normal, mais les pupilles étaient considérablement dilatées tout en réagissant bien à la lumière et aux efforts d'accommodation. Au fur et à mesure des progrès de la guérison, cette mydriase disparut.

8 jeunes filles présentaient de la dilatation de cœur sans motif appréciable autre que la chlorose.

Romberg a traité 50 chlorotiques avec la carniferrine, 47 avec le carbonate de fer et 12 avec la ferratine, sans avoir fait de choix entre ces malades, mais en s'arrangeant de manière, tout en les mettant dans des conditions identiques d'observation, à leur faire prendre une quantité sensiblement égale de fer. Avec la carniferrine, il y a eu 64 0/0 de guérisons au bout d'une moyenne de 30 jours 3; au bout de 10 jours, l'hémoglobine avait augmenté en moyenne de 10,5 0/0, tandis que le chiffre des hématies s'était accru de 415,011. Le carbonate de fer a donné 63,9 0/0 de guérisons au bout d'une moyenne de 22 jours; au bout de 10 jours, l'hémoglobine avait augmenté de 11,3 0/0, tandis que le chiffre des globules rouges s'était accru de 449,273 comme moyenne. Enfin, la ferratine a produit 50 0/0 de guérisons après une moyenne de 27 jours 1; au bout de 10 jours, la moyenne d'augmentation était de 7,9 0/0 quant à l'hémoglobine et de 427,650 quant aux hématies. Si l'on réunit tous ces chiffres, on obtient comme résultats généraux du traitement par les 3 préparations ferrugineuses : 26 jours 1/2 pour la durée du traitement; 9,9 0/0 pour l'augmentation de l'hémoglobine et 430,645 pour celle des globules rouges, au bout de 10 jours. J. B.

F.-C. FACKLAM. Beiträge zur Lehre vom Wesen der Huntington'schen Chorea (*Arch. f. Psychiat., XXX, 1, p. 137*).

Le travail de l'auteur peut se résumer dans les propositions suivantes:

La chorée d'Huntington se rencontre principalement chez des adultes, tandis que la chorée de Sydenham est presque exclusivement une maladie du jeune âge.

En thèse générale, la première se développe sur un terrain prédisposé héréditairement, tandis que, à l'idée de la grande majorité des auteurs contemporains, la chorée de Sydenham doit être considérée comme une maladie infectieuse.

La chorée d'Huntington est toujours une affection chronique, à marche progressive, incurable. La chorée de Sydenham est généralement une

maladie à marche aiguë, et une maladie curable, même quand elle passe à l'état sub-chronique ou chronique.

La différence principale qui sépare les deux maladies réside en ceci : que les troubles psychiques de la chorée d'Huntington revêtent un caractère franchement chronique, avec tendance dégénérative, et ont pour substratum vraisemblable des lésions organiques graves de l'écorce grise ; au contraire, dans la chorée de Sydenham, les troubles intellectuels sont essentiellement transitoires et n'aboutissent jamais à l'idiotie.

Les deux affections n'ont de commun que leur nom et les secousses choréiques ; encore ces dernières sont-elles loin d'être équivalentes dans deux affections.

D'après cela, la chorée d'Huntington doit être considérée comme une maladie autonome, *sui generis*, ayant vraisemblablement son siège dans l'écorce grise cérébrale. Il appartient aux recherches de l'avenir, et surtout aux recherches histologiques, de nous fixer définitivement sur l'essence même de cette maladie. E. RICKLIN.

I. — W. v. BECHTEREW. Von der Verwachsung oder Steifigkeit der Wirbelsäule (Sur la soudure et la rigidité de la colonne vertébrale) (*Deut. Zeitschr. f. Nerv., XI, p. 327*).

II. — Ad. STRUEMPELL. Bemerkung über die chronische ankylosirende Entzündung der Wirbelsäule und der Hüftgelenke (Remarques sur l'inflammation chronique ankylosante du rachis et des articulations coxo-fémorales) (*Ibid., p. 338*).

I. — Bechterew rappelle qu'en 1892 il a donné une description de cette maladie caractérisée par : 1° un manque de mobilité du rachis ; 2° une cyphose plus ou moins accentuée prédominant dans la région dorsale supérieure ; 3° état parétique de la musculature du tronc, du cou et des extrémités souvent avec atrophie modérée des muscles scapulo-rachidiens ; 4° diminution de la sensibilité surtout dans le territoire des branches cutanées des nerfs dorsaux et cervicaux inférieurs ; 5° paresthésies, douleurs dans les régions dorsale et cervicale.

Dans le présent travail, Bechterew rapporte une nouvelle observation d'un homme de 52 ans qui présentait la cyphose avec ses caractères propres, à la suite d'un traumatisme, mais sans hérédité. Chez cet homme, il existait des douleurs avec hyperesthésie très prononcée dans une assez grande hauteur du dos et de la poitrine.

II. — A l'occasion du travail précédent, Strümpell remarque que depuis longtemps il connaît cette forme clinique qui consiste dans la coexistence d'une soudure du rachis avec ankylose des deux articulations coxo-fémorales. Il a signalé ce fait dans la première édition de son Manuel (1884).

Tout récemment Strümpell a observé un troisième cas (moins prononcé que les deux précédents) de cette affection. Il s'agit d'un cultivateur de 39 ans qui depuis 3 ans 1/2 ressentait des douleurs dans la région sacrée et chez lequel le rachis était devenu complètement rigide sauf dans la région cervicale. L'articulation coxo-fémorale droite était le siège d'une contracture notable en flexion ; à gauche contracture à peine prononcée. Le malade marchait à petits pas, le tronc fortement penché en avant.

Strümpell se demande si ces cas sont tout à fait analogues à ceux de

Bechterew, car il existe entre eux quelques différences, notamment les malades de Bechterew avaient une cyphose prononcée, tandis que ceux de Strümpell avaient une rectitude exagérée du rachis. PIERRE MARIE.

POSSELT. Der Echinococcus multilocularis in Tirol (*Deut. Arch. f. klin. Med., LIX, p. 1*).

Le Tyrol doit être compris dans la zone infectée par l'échinocoque multiloculaire, qui comprend déjà le sud-ouest de la Bavière, le sud du Wurtemberg, le nord et le nord-est de la Suisse. Quant à la fréquence relative au nombre de la population, le Tyrol occupe la première place. Les maxima sont la partie nord-est d'une part, près de Salzbourg et de la Bavière, d'autre part, au centre, le Pusterthal, au nord de Brixen, surtout aux environs de Mühlbach. Les districts nord-ouest sont indemnes, ce qui est à noter en raison de leur proximité de la Bavière, qui est atteinte. L'echinocoque multiloculaire est dans le Tyrol beaucoup plus fréquent que l'hydatide; il atteint jusqu'ici surtout les paysans.

C. LUZET.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

LE GENDRE. La ménopause et le rein (*Soc. méd. des hôp., 10 déc. 1897*).

Chez certaines femmes, au moment de la ménopause, les modifications de l'écoulement menstruel peuvent provoquer une congestion rénale d'intensité variable, avec un cortège d'accidents tels que oligurie, quelquefois albuminurie ou hématurie, souvent douleurs lombaires, nausées, céphalalgie. L. conseille les émissions sanguines locales ou générales et une médication diurétique. En cas de rein flottant, les accidents congestifs sont plus accentués. H. LEROUX.

ORTHMANN. Ueber Tuberculose des Eierstochs (*Berlin. klin. Woch., p. 751, 23 août 1897*).

Orthmann a compulsé, dans la littérature médicale, 177 cas de tuberculose des ovaires, dont 57 ont été l'objet d'un examen microscopique. Parmi ces 57, 48 étaient des cas de tuberculose pure (27 bilatéraux et 21 unilatéraux), tandis que les 9 autres concernaient des kystes tuberculeux. La tuberculose *primitive* des ovaires n'a pas encore été observée chez la femme, mais Acconci et surtout Schottländer l'ont déterminée expérimentalement chez les animaux.

La tuberculose *secondaire* des ovaires apparaît à la suite d'une tuberculose des trompes (26 fois sur 48) ou du péritoine (22 fois sur 48).

La tuberculose ovarienne se présente sous les deux formes de la péri-

ovarite et de la tuberculose ovarienne proprement dite. La périovarite tuberculeuse est tantôt disséminée, tantôt diffuse. La tuberculose ovarienne proprement dite peut être miliaire (20 cas sur 48), caséeuse (13 cas sur 48) ou abcédée (15 cas sur 48).

La tuberculose ovarienne miliaire n'est guère reconnaissable que sous le microscope qui fait découvrir des granulations tuberculeuses dans les couches corticale et médullaire, mais toujours en petit nombre et uniquement dans le tissu interstitiel.

Sur les 48 cas, la présence de bacilles tuberculeux a été constatée 9 fois avec le microscope et 4 fois (Menge) par des inoculations aux animaux.

Orthmann a eu 4 fois par lui-même l'occasion d'observer des cas de tuberculose ovarienne ; 2 fois elle était consécutive à une tuberculose tubaire et 2 fois à une tuberculose péritonéale.

Dans 3 cas, O. a trouvé des bacilles tuberculeux, qui étaient abondants chez la quatrième malade. Celle-ci en outre offre un intérêt spécial, car c'est la première fois qu'on signale la présence de tubercules dans un corps jaune ; toute la couche de lutéine de ce corps jaune était farcie de granulations bacillaires et de quelques cellules géantes ; de ce point, la tuberculose s'était étendue dans le stroma ovarien.

J. B.

H. BRIGGS. Fibromes de l'ovaire et du ligament de l'ovaire (*Brit. med. Journ., p. 1083, 1er mai 1897*).

Après avoir cité plusieurs cas opérés par différents auteurs. B. relate 9 observations personnelles avec intervention:

1° Femme de 55 ans. Tumeur du volume d'un œuf; pas de douleurs, sauf pendant les efforts. Utérus sain. Ablation de l'ovaire gauche (fibrome); ovaire droit sain. Guérison maintenue cinq ans après ;

2° Femme de 22 ans. Pas de douleurs; vessie irritable. Utérus sain. Ablation d'un ovaire (fibrome avec dégénérescence mucoïde). Guérison maintenue 4 ans 1/2 après;

3° Femme de 48 ans. Pas de troubles. Utérus sain. Ovariotomie double (myxofibrome). Guérison maintenue 4 ans 1/2 après;

4° Femme de 30 ans. Pas de troubles. Utérus sain. Ovariotomie gauche (fibrome). Guérison maintenue 2 ans 1/2 après. Accouchement consécutif;

5° Femme de 68 ans. Pas de troubles. Accroissement rapide de la tumeur. Utérus sain. Ablation d'un ovaire (fibrome) adhérent à l'S iliaque, au cœcum et à l'appendice. Guérison maintenue 2 ans 1/2 après ;

6° Femme de 32 ans. Douleurs abdominales; utérus sain; ascite. Ovariotomie droite (fibrome). Guérison maintenue 10 mois après ;

7° Femme de 39 ans. Douleur pendant l'effort; utérus sain ; ascite. Ovariotomie gauche (fibrome). Guérison maintenue 7 mois après ;

8° Femme de 29 ans. Douleurs depuis 12 mois: grossesse de 4 mois. Ovariotomie gauche (fibrome calcifié). Guérison maintenue 6 mois après;

9° Femme de 35 ans. Douleurs depuis 6 ans; utérus sain. Ablation d'un fibrome du ligament de l'ovaire. Guérison maintenue 4 ans 1/2 après.

J. VANVERTS.

MICHEL. Épithélioma de l'ovaire (*Journ. méd. Bordeaux, 24 oct. 1897*).

Femme de 49 ans. Depuis plusieurs années douleurs de ventre à inter-

valles irréguliers. Amaigrissement. Tumeur dure, arrondie, volumineuse dans les régions hypogastrique et iliaque droite. Au toucher vaginal on perçoit la tumeur dans les culs-de-sac. Laparotomie. Ablation de la tumeur développée dans le ligament large; elle est reconnue au microscope comme un épithélioma atypique de l'ovaire. OZENNE.

I. — DUEHRSSEN. Ueber die Colpocoeliotomie bei Entzündungen der Adnexe, bei Lageveränderungen und Entzündungen des Uterus (*Berlin. klin. Woch.*, *p. 790, 6 sept. 1897*).

II. — MARTIN. Même sujet (*Ibid.*, *p. 791*).

I. — Contre les inflammations des annexes et du péritoine pelvien, Dührssen a pratiqué 200 colpocœliotomies antérieures; il n'a perdu que 8 opérées. Dans 29 de ces cas, il a dégagé l'utérus et l'ovaire de leurs adhérences; dans 53 autres, il a fait l'ignipuncture ou la résection d'ovaires kystiques; dans 103 cas, il a enlevé les annexes d'un ou des deux côtés en laissant les portions d'ovaires saines (salpingo-ovariectomie vaginale); plusieurs fois, il a pratiqué la salpingostomie.

Parmi les extirpations d'annexes, il s'en trouve 15 où il y avait grossesse tubaire, 57 où il existait, soit des sacs tubaires volumineux, soit des kystes ovariques.

La colpocœliotomie antérieure trouve également son application pour l'ablation des fibromes utérins ne dépassant pas le volume du poing (cœliomyomectomie vaginale); toutes ces opérées ont guéri. Chez une femme, Dührssen enleva 10 fibromes sous-séreux et interstitiels atteignant jusqu'aux dimensions d'un œuf de poule. En raison de son innocuité, cette opération devrait être employée chez toutes les femmes jeunes ayant des fibromes peu considérables, mais provoquant des troubles morbides.

L'importance de la colpocœliotomie antérieure réside en ce que, dans la la majorité des cas, elle dispense de recourir à la cœliotomie centrale (laparotomie) et qu'à l'inverse de l'extirpation vaginale de l'utérus et des annexes elle permet la conservation de la portion saine des organes génitaux, notamment de l'utérus et au moins d'un reste d'ovaire qui laissent à la femme les caractères de son sexe.

II. — Martin a pratiqué 496 colpocœliotomies antérieures; dans 60 cas seulement, il n'y avait pas de pelvipéritonite chronique et il ne s'agissait que d'une rétroflexion mobile, mais incurable. Outre la pelvipéritonite, 59 femmes avaient des fibromes, 70 des épanchements tubaires dont 18 purulents, 5 une salpingite isthmique noueuse et 5 une grossesse tubaire. Chez 26, il fallut enlever de vastes tumeurs tubo-ovariennes, chez 25 des kystes des ovaires, chez 7 de volumineux hématomes des follicules ovariens; chez 44 il y avait de l'hydropisie folliculaire, chez 2 des kystes parovariens et chez 3 des kystes intra-ligamenteux. La grande majorité des opérées partit guérie au bout d'une quinzaine; 8 seulement avaient encore à leur départ des restes d'exsudats périutérins. 31 femmes eurent une réaction fébrile. La vessie fut blessée 5 fois; 2 de ces cas guérirent spontanément et les 3 autres après une intervention chirurgicale. 4 opérées ont succombé: 2 par septicémie, 1 par étranglement interne et 1 par pneumonie le 21e jour.

Parmi les 262 femmes opérées jusqu'à la fin de 1896, M. compte 6 0/0

de récidives, 27 0/0 d'améliorations essentielles et, pour le reste, des guérisons. 18 de ces femmes sont devenues enceintes et 9 ont déjà accouché ; chez 2 il fallut faire une version ; les 2 enfants sont vivants.

Martin se résume en disant que, pour la majorité des cas de pelvipéritonite chronique, c'est l'hystéropexie vaginale qui est la méthode d'élection parce qu'elle ne laisse pas de cicatrice visible. J. B.

E. KAUFFMANN. Beitrag zur Tuberculose der Cervix uteri (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn., XXXVII, 1*).

Il s'agit d'une trouvaille d'autopsie chez une femme de 79 ans. Le col paraissait atteint d'un épithélioma ulcéré; il était d'un gris rosé, épaissi, dur, envahi depuis l'orifice interne jusqu'à l'externe. Le microscope permit de reconnaître que la lésion était de nature tuberculeuse, et on put constater le bacille de Koch. Ce fait de tuberculose primitive et isolée du col est très rare; il n'en existe qu'un seul autre cas dans la science.

CH. MAYGRIER.

W.-Roger WILLIAMS. Du sarcome de l'utérus (*Brit. gyn. Soc., mai 1897*).

Le sarcome de l'utérus est une affection mal connue et considérée comme rare. (Sur 2,649 cas de néoplasmes primitifs de l'utérus W. a noté 1,571 cancers, 883 fibro-myomes et 2 sarcomes. Sur 4,115 néoplasmes utérins, Gurlt compte seulement 8 sarcomes. Récemment on en a publié de nombreux cas.)

Contrairement à ce qu'on croyait autrefois, il semble que le col utérin soit aussi souvent pris que le corps.

W. étudie successivement et longuement les différentes formes sous lesquelles ce sarcome peut se présenter : 1° Formes infantiles. Sur 73 sarcomes, Gusserow a noté 3 cas au-dessous de 20 ans. Ces sarcomes infantiles sont en général multiples et accompagnés de végétations polypoïdes de la muqueuse; 2° Formes analogues à des grappes ou à la môle hydatiforme. Structure mixte. Grande malignité; 3° Sarcome de la muqueuse. C'est la forme habituelle. Il s'agit parfois de myxomes; 4° Sarcome du parenchyme, qui se présente en général, mais non toujours, sous une forme circonscrite. Les symptômes sont analogues à ceux du cancer utérin; 5° Déciduome malin. La seule opération est l'hystérectomie vaginale. Sur 14 cas que l'auteur a réunis, il a noté 2 morts opératoires, 5 morts par récidive dans la première année, 6 guérisons maintenues au bout de 3 à 10 mois.

J. VANVERTS.

W. THORN. Statistisches und Klinisches zum Carcinoma uteri (*Berlin. klin. Woch., p. 879, 4 oct. 1897*).

Dans tous les cas de cancer où l'utérus est encore assez mobile et n'est pas trop volumineux, Thorn en fait l'ablation totale par le vagin. Qu'il s'agisse de cancer du col ou du corps, il enlève les annexes utérines, quand cela n'aggrave pas l'opération. Il suture les pédicules dans les angles de la plaie et referme l'ouverture du péritoine. Lorsque, en

raison de ses dimensions ou de l'étroitesse du bassin, l'utérus gravide ne peut plus être enlevé entier, après avoir incisé le cul-de-sac vaginal antérieur, il fend la paroi utérine antérieure, extrait le fœtus et extirpe ensuite l'utérus. Il ne recourt à l'opération de Freund, même au terme de la grossesse, qu'autant que, pour d'autres raisons, l'utérus est très volumineux et ne peut être enlevé en masse, ou bien qu'il existe des lésions inflammatoires ou des néoplasmes des annexes mal accessibles par la voie vaginale. Quand il s'agit de cancers du col tout à fait au début et qu'il y a des complications, telles qu'âge avancé, maladies de l'appareil circulatoire, néphrite, tuberculose, etc., Th. se borne à pratiquer l'amputation de Schroeder. Enfin, lorsque l'utérus est devenu complètement immobile à la suite des progrès du cancer, Th. s'abstient de toute opération radicale.

Sur les 10,500 cas gynécologiques qu'il a traités à Magdebourg, se trouvaient 326 cancers de l'utérus (2 0/0) ; 11 0/0 d'entre eux étaient des cancers du corps. 80 cas étaient opérables (35 0/0), mais dans 34 (42,5 0/0), le néoplasme avait déjà franchi les limites de l'utérus même. 71 malades ont été opérées, 9 par l'amputation de Schroeder et 62 par l'extirpation vaginale totale ; dans 15 0/0 des cas, on avait affaire à un cancer du corps. Une femme de 61 ans a succombé au choc opératoire au bout de 11 heures ; toutes les autres ont guéri sans incident ; soit une mortalité de 1,6 0/0. Parmi les 62 opérées, se trouvaient 2 femmes enceintes, l'une de 2 mois, l'autre de 5. Chez 30 (48 0/0) la tumeur n'était déjà plus limitée à l'utérus : 2 de celles-ci sont mortes avant récidive ; la 1re est celle signalée comme constituant uniquement la mortalité opératoire, la 2e a été emportée au bout de 6 mois par une embolie. Les 28 opérées restantes comptent 24 récidivistes, savoir 16 dans le cours de la première année, 4 dans celui de la deuxième, 3 dans celui de la troisième, et 1 dans celui de la quatrième. Donc des malades suspectes en raison de l'étendue des lésions, il n'y en a que 4 de vivantes sans récidive, mais la dernière n'est opérée que depuis 5 mois, tandis que les autres le sont depuis 2, 2 1/2 et 3 ans.

Quant aux 32 femmes chez lesquelles le cancer n'avait envahi que l'utérus, il en est 10 sur lesquelles on ne peut se prononcer définitivement, car 2 ans ne se sont pas écoulés depuis l'opération ; parmi les 22 autres, il n'y en a que 2 qui aient offert une récidive dans les 2 premières années (soit 9 0/0 au lieu des 71 0/0 de la catégorie précédente), et 7 une récidive plus tardive. 3 sont mortes de tuberculose sans avoir eu de récidive, 10 sont en parfaite santé, dont l'une opérée il y a 7 ans, et l'autre il y a 8 ans.

Sur les 9 amputations de Schroeder, Thorn compte 5 récidives. J. B.

SÄNGER. Ueber vaginale Klemmen-Hysterektomie (*Cent. f. Gyn., 23 janv. 1897*).

Travail basé sur la relation de 44 hystérectomies pratiquées avec l'aide des pinces.

L'opération a été faite dans les conditions suivantes :

23 fois pour cancer du col (1 mort) ;

3 fois pour cancer du corps ;

2 fois pour sarcome de la muqueuse utérine;

3 fois pour affections malignes de l'endométrium avec hémorragie grave;

8 fois pour myomes utérins (4 morts);

4 fois pour des affections non suppurées des annexes (1 mort);

1 fois pour suppuration grave des annexes.

Un 45e cas a été opéré plus tard, avec succès, pour un double pyosalpynx avec sarcome du col.

En tout 6 morts.

Les causes de la mort, dans les cas de myomes résident, pour Sänger, dans le fait de la communication du vagin avec la cavité péritonéale. Aussi pense-t-il qu'il vaut mieux, dans ces cas, ne pas employer les pinces, mais faire des ligatures et fermer l'abdomen en suturant le péritoine.

Dans le cas de suppurations pelviennes, il vaut mieux, au contraire, recourir aux pinces, surtout si les ligatures paraissent difficiles à faire.

En somme, les deux méthodes, ligature et pincement, se complètent sans s'exclure l'une l'autre. CH. MAYGRIER.

Carl BECK. Eine neue methode der Hysteropexie (*Centr. f. Chir., 14 août 1897*)

Après ouverture du ventre par une petite incision, le fond de l'utérus est attiré à la paroi avec une pince; un des ligaments ronds est alors isolé, à partir de son attache à l'utérus, au bistouri, puis à la sonde sur une longueur de 8 centimètres environ, ce qui se fait sans difficulté, sans hémorragie. Cette portion isolée du ligament est attirée hors du ventre autant qu'on peut; puis le péritoine est fermé au-dessous d'elle; l'aponévrose profonde et les muscles sont suturés de même et le ligament repose sur cet ensemble d'organes : la suture de l'aponévrose superficielle traverse alors l'épaisseur du ligament; au-dessus, suture de la peau. La fixation d'un seul ligament suffit pour assurer la suspension d'un utérus prolabé; la rotation inévitable que l'on obtient n'a pas d'inconvénients; pour les rétroversions, il est indiqué de fixer les deux ligaments à la fois. Trois opérations de ce genre ont été suivies de succès; l'une d'elles remonte à un an. Le principal avantage est la persistance d'une mobilité parfaite, l'utérus n'étant que suspendu au ventre.

ROBINEAU.

P. CAPART. De l'allaitement pendant la grossesse (*Thèse de Paris, 1898*).

Des préjugés très répandus attribuent à l'allaitement pendant la grossesse des conséquences importantes et même graves non pas tant pour la santé de la mère que pour la santé de l'enfant; le rachitisme, la gastro-entérite et même la mort auraient été observés chez les nourrissons. En y regardant de près, rien de tout cela n'est exact.

D'ailleurs, la sécrétion lactée chez les animaux n'est pas diminuée pendant la gestation. Elle ne disparaît que quelque temps avant la parturition. Les vaches pleines sont meilleures laitières que les vaches châtrées, meilleures surtout que les vaches non pleines (Weber). Il est

d'habitude de faire saillir la jument et l'ânesse pendant les huit jours qui suivent la parturition, de telle sorte qu'elles allaitent leur poulain malgré leur gestation. Il en est de même pour les cobayes.

Chez la femme, des analyses de lait pris pendant la grossesse (Budin, Capart) n'ont montré aucune modification chimique. L'état du nourrisson paraît bon et la santé de la femme, si elle suit une bonne hygiène, ne paraît pas altérée.

Il faut en conclure que contrairement aux idées régnantes, on ne doit pas interrompre l'allaitement pendant la grossesse. Le retour du lait à l'état colostral (Donné) ne paraît pas démontré. Le moment où le lait baisse ne peut pas être déterminé ; il est variable. Mais si on constate que l'enfant ne prend pas des tétées suffisantes, il faut alors recourir à l'allaitement mixte. PORAK.

JACOB. Rapports de la menstruation et de l'allaitement (*Thèse de Paris, 1898*).

Les opinions des auteurs sur cette question sont des plus contradictoires, mais ces divergences tiennent peut-être à ce qu'on n'a pas suffisamment distingué suivant les cas. D'une statistique assez étendue, l'auteur indique tout d'abord le résultat suivant :

136 primipares observées pendant six mois : réglées 72 0/0, non réglées 28 0/0 ;

93 secondipares observées pendant six mois : réglées 63 0/0, non réglées 37 0/0;

45 tertipares observées pendant six mois : réglées 40 0/0, non réglées 60 0/0.

La menstruation n'est pas seulement plus fréquente chez les primipares, elle apparaît aussi plus tôt. Chez les primipares la menstruation s'établit habituellement vers le sixième mois, chez les secondipares vers le huitième, et les multipares plus tard encore.

Le rétablissement de la menstruation ne constitue pas une contre-indication à la continuation de l'allaitement. L'état de l'enfant est le meilleur criterium de la valeur de la nourrice. PORAK.

EMANUEL. Ueber Endometritis in der Schwangerschaft und deren Ätiologie (De l'endométrite pendant la grossesse et de son étiologie) (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., XXXVI, 3, p. 383*).

La nature microbienne de l'endométrite gravidique a été démontrée par Donat. Après lui, Emanuel a pu constater chez une femme atteinte d'endométrite, à deux avortements successifs, l'existence de microbes dans la caduque vraie et dans la sérotine. Cette même femme ayant avorté une troisième fois, l'auteur a examiné avec soin le placenta et la caduque. Il a trouvé cette dernière épaissie et dégénérée, présentant une infiltration de cellules rondes et des foyers hémorragiques. Dans les points malades, il a découvert de nombreux diplocoques ayant tous les caractères des gonocoques.

Deux mois après son avortement, la malade continuant à perdre du sang, il fit le curetage. L'examen des débris de muqueuse démontra

l'existence d'une endométrite chronique, avec dilatation des culs-de-sac glandulaires, infiltration purulente le long des lymphatiques, nécrose des fibres musculaires, etc... Mais il fut impossible alors de découvrir un seul microbe.

L'endométrite gravidique a donc pour origine une endométrite chronique préexistante, et elle est de nature microbienne, probablement toujours gonococcique. Elle laisse après elle des lésions d'endométrite chronique dans laquelle les microbes ont disparu. CH. MAYGRIER.

Charles-P. NOBLE. De l'influence de l'hystéropexie abdominale sur l'évolution de la grossesse et du travail (*Amer. gyn. Journ., nov. 1896*).

Cette communication fait suite à un travail précédent de l'auteur (*Amer. Gynæcol. soc.*, 27 mai 1896), qui était basé sur l'examen de 808 cas de ventrofixation de l'utérus, qui furent suivis de 56 grossesses.

Après avoir signalé et discuté les accidents qui peuvent survenir du fait de la suspension de l'utérus dans le cours de la grossesse ou du travail, l'auteur conclut ainsi : La principale cause de dystocie est due à ce que les adhérences, consécutives à la ventrofixation, réunissent parfois la paroi abdominale antérieure à la face postérieure de l'utérus. Dans l'état de gestation l'utérus ne peut ainsi se développer qu'aux dépens de la paroi postérieure et des bords latéraux. Son fond et sa paroi antérieure forment, au contraire, en s'hypertrophiant une masse qui obstrue l'entrée du pelvis et gêne le travail.

A la suite de cette opération, le col utérin est élevé et situé en dehors du bassin. Si cette élévation du col est notable et si la masse qui obstrue le bassin peut être une cause de dystocie, il faut provoquer l'avortement dans le cours ou à la fin du huitième mois.

N. considère qu'en dehors d'indications spéciales, il vaut mieux recourir au raccourcissement des ligaments ronds ou à l'hystéropexie abdominale.

J. VANVERTS.

AUDEBERT. Étude sur la grossesse et l'accouchement après l'amputation du col (*Ann. de gyn., janv. et fév. 1898*).

L'auteur base son travail sur 16 observations inédites. Les sujets dont il est question dans leur ensemble ont eu, avant l'amputation du col, 22 accouchements à terme et 15 avant terme, et après l'amputation du col, 5 accouchements à terme et 19 avant terme, dont 8 avortements, 11 accouchements prématurés.

Parmi les accouchements à terme ou près du terme, les uns sont normaux, d'autres certainement plus longs. Quelquefois même il existe une véritable rigidité anatomique du col. La dilatation du col est impossible, et il faut recourir à la section du col. Ces résultats variables s'expliquent probablement parce que l'amputation du col a été suivie, dans les cas heureux, de réunion immédiate, dans les cas malheureux, de réunion par seconde intention.

On constate une fréquence très nette de la rupture prématurée des membranes. Cela explique peut-être l'accouchement prématuré observé si souvent. PORAK.

ABRAHAMS. Appendicitis complicating pregnancy (*Amer. j. of obst., fév. 1897*).

Après avoir rapporté 15 observations d'appendicite compliquant la grossesse, Abrahams résume ainsi les indications du traitement :

1° Dans l'appendicite aiguë perforante, il faut opérer vite, dans les douze premières heures ;

2° On se guidera sur le pouls. Quand il est rapide (116 à 120), il y a indication à opérer ; cette rapidité du pouls est un indice d'autant plus précieux qu'elle concorde moins avec la température ;

3° Dans les cas douteux, il vaut mieux opérer qu'attendre. La crainte d'interrompre la grossesse ne doit pas arrêter l'opération, car les exemples de laparotonie pendant la grossesse, sans interruption de celle-ci, sont aujourd'hui nombreux ;

4° L'auteur signale, d'après sa propre expérience, une autre indication opératoire : c'est lorsque après une sédation brusque dans les symptômes, il survient tout-à-coup une recrudescence de la maladie;

5° La 5e et dernière indication d'intervenir est réalisée dans les cas où il y a pendant la grossesse répétition d'une vieille appendicite; et l'opération doit être pratiquée, même si l'attaque est légère, et si elle a lieu au début de la gestation. La laparotomie est alors aisée et supprime le danger d'attaques ultérieures, au cours desquelles, la grossesse étant plus avancée, l'intervention serait moins facile. CH. MAYGRIER.

DUEHRSSEN. Ueber die Behandlung des Uteruscarcinoms in der Schwangerschaft (Traitement du cancer de l'utérus pendant la grossesse) (*Centr. f. Gyn., 31 juill. 1897*).

Ce travail est un nouveau plaidoyer de Dührssen en faveur de l'opération à laquelle il a donné le nom de césarienne vaginale.

En ce qui concerne l'utérus gravide cancéreux, il affirme qu'on peut faire suivre cette opération de l'extirpation de l'utérus, même dans les cas où la grossesse est avancée.

Voici d'ailleurs résumée la technique de l'intervention qu'il préconise :

Après avoir fait avec le thermo-cautère l'ablation du néoplasme cancéreux, et excisé le col au-delà des limites du mal, on ouvre l'utérus sur sa paroi antérieure, et on fait par cette voie l'extraction de l'enfant. L'utérus, détaché de ses insertions vaginales, est ensuite extrait comme dans toute hystérectomie vaginale.

Ce procédé est préférable à la césarienne par la voie abdominale. Il n'offre aucune difficulté et supprime les dangers d'éventration et du choc opératoire. CH. MAYGRIER.

I. — **FEHLING. Ueber Schwangerschaft und Geburt bei Collumcarcinom** (*Berlin. klin. Woch., p. 879, 4 oct. 1897*).

II.— **MITTERMAIER. Zwei Fälle von Carcinom des schwangeren Uterus** (*Ibid., n° 1, p. 20, 3 janv. 1898*).

I. — Quand il y a coexistence de grossesse et de cancer du col utérin, si celui-ci est opérable, on doit intervenir, sans égard pour l'enfant ;

dans le cas contraire, on doit tenir plus de compte de la vie de l'enfant que de celle de la mère. Durant la grossesse, l'opération du cancer est facilitée par l'imbibition séreuse des tissus.

Lorsque l'utérus est trop gros pour être enlevé par le vagin, il faut en diminuer le volume. Parfois la ponction de la poche est suffisante; dans d'autres cas, il faut ouvrir l'utérus sur la ligne médiane et détacher le placenta. Lorsque l'enfant est trop développé pour être extrait par le vagin, on fera l'opération césarienne s'il est viable.

Une fois le diagnostic assuré, on doit s'abstenir de tous examens qui, de même que le raclage des tissus cancéreux, favorisent une infection ou un accouchement prématuré. A titre de palliatif, on peut recourir aussi à l'excision sus-vaginale.

Lorsque le cancer du col n'est reconnu que pendant le travail d'accouchement, si l'opération radicale est encore possible, après extraction de l'enfant, on fera l'opération césarienne suivie de l'ablation vaginale du restant du col. Si le cancer est inopérable, après un curetage complet, on incisera largement les côtés du col et, dès que la dilatation sera suffisante pour laisser passer la tête fœtale, on appliquera le forceps. La version est dangereuse à cause de la possibilité de rupture utérine. Quand l'enfant est mort, c'est la perforation du crâne qui convient le mieux; quand il est vivant et ne peut passer par le vagin, on recourra à l'opération de Porro avec traitement extra-péritonéal du pédicule, de préférence à l'opération césarienne, à cause du danger d'infection.

Un cancer du col découvert chez une accouchée doit être également extirpé aussi promptement que possible.

Fehling a fait, à Halle, 6 opérations pour des faits de ce genre et toutes ses opérées ont guéri; 2 d'entre elles étaient accouchées.

II. — 1° Accouchement prématuré au 6e mois; fœtus mort, expulsé spontanément; placenta retenu dans l'utérus; délivrance artificielle; extirpation totale par le vagin de l'utérus gros comme une tête d'enfant et présentant un vaste cancer de la cavité cervicale. Guérison;

2° Grossesse au 7e mois avec cancer opérable du col. Opération césarienne par le vagin. Le fœtus n'étant pas expulsé spontanément, version et extraction; délivrance artificielle, puis hystérectomie vaginale. Guérison.

J. B.

A. ROUTH. Parturition during paraplegia (*Trans. of the obst. of London,, XXXIX, p. 191*).

Routh rapporte l'observation d'une multipare qui devint paraplégique au 7me mois de sa grossesse à la suite d'une chute, et qui accoucha à terme, sans douleurs. A propos de ce fait, il émet les assertions que voici :

Chez les femmes atteintes de paraplégie, par suite de traumatisme ou de maladie de la moelle dans la région dorsale, l'accouchement peut avoir lieu à terme, normalement, et sans douleurs. L'involution utérine et la lactation s'accomplissent régulièrement.

Des recherches ultérieures ainsi que de nouvelles observations cliniques sont nécessaires pour faire connaître avec certitude sous quelle

influence le travail se déclare au terme de la grossesse. Quoi qu'il en soit, les propositions suivantes paraissent nettement établies :

1° L'acte de la parturition est en partie automatique, en partie réflexe, aussi bien dans la première que dans la seconde période du travail;

2° Une communication directe avec le cerveau n'est pas essentielle pour mettre en jeu l'activité utérine, bien que le cerveau semble exercer une certaine action sur les douleurs au point de vue de leur régularité et de leur intermittence ;

3° Une communication directe entre l'utérus et la moelle lombaire, par l'intermédiaire du grand sympathique, du premier au troisième ganglion lombaire, est probablement nécessaire pour régulariser et coordonner les contractions de l'utérus et sa rétraction, ainsi que cela a lieu dans l'accouchement normal;

4° Il semble également probable que l'utérus est capable d'expulser automatiquement son contenu, même en dehors de l'action de la moelle épinière, et en l'absence de réflexes spinaux ;

5° La lactation ne s'établit pas seulement sous l'influence du système nerveux, mais dépend en partie des modifications chimiques du sang que la grossesse produit dans les glandes mammaires comme dans les autres organes. CH. MAYGRIER.

JULLIEN. Documents statistiques concernant l'étude des grossesses gémellaires (*Thèse de Paris, 1897*).

Cette statistique est intéressante parce qu'elle porte sur l'étude des registres de la clinique d'accouchement pendant 62 ans de 1835 à 1897 et qu'elle rassemble 471 grossesses gémellaires dont 7 triples sur 53,303 accouchements. Il est utile de se reporter au texte qui confirme d'ailleurs sur presque tous les points les notions classiques sur la fréquence de l'accouchement prématuré, des présentations anormales, la durée du travail, l'intervalle qui sépare les accouchements, les interventions opératoires, les complications diverses, etc. PORAK.

BIROT. Accouchement gémellaire, 11 jours d'intervalle entre la naissance de chaque enfant (*Lyon méd., 19 déc. 1897*).

Femme de 30 ans, primipare. Dernières règles le 10 février. Le 21 octobre rupture de la poche des eaux et début du travail. On constate qu'il s'agit d'une grossesse gémellaire. Dans la journée, expulsion d'un enfant (tête première, face en haut) pesant 2^{kg},180. Les douleurs s'arrêtent; pas d'écoulement de sang, résistance du placenta. L'autre enfant n'est pas engagé.

Cet état d'accalmie des douleurs se prolonge jusqu'au onzième jour sans fièvre, sans accidents. Le 31 octobre dans la soirée, douleurs puis accouchement normal (enfant de 2^{kg},055), expulsion de deux placentas. Suites de couches parfaites. A. C.

BRULIN. Bassin double oblique ovalaire chez les rachitiques (*Thèse de Paris, 1898*).

Maygrier et Fournier, d'Amiens ont signalé chacun une observation

d'une pelviviciation du bassin caractérisée par l'aplatissement transversal du bassin dans toute sa hauteur. Cette déformation se rapproche du bassin connu sous le nom de bassin de Robert, mais il en diffère essentiellement en ce que le sacrum ne présente aucune atrophie et que les symphyses sacro-iliaques ne sont pas ankylosées. Il s'agit d'un vice de conformation tout à fait exceptionnel et rare.

Dans les trois observations connues, une fois l'accouchement fut spontané, une autre fois on dut pratiquer l'opération césarienne, une troisième fois l'accouchement prématuré une quinzaine de jours avant le terme fut suivi de basiotripsie. PORAK.

Achille NORDMANN. Zur Kasuistik der Druckmarken (*Centralbl. f. Gyn.*, *n° 45, 1897*).

Nordmann relate deux faits de sphacèles cutanés résultant de la compression des parties fœtales par le bassin maternel, pendant le travail d'accouchement. Il en relève l'importance médico-légale.

Dans le premier, il s'agissait d'une tripare à bassin un peu aplati. Les deux précédents accouchements avaient été terminés, le premier par le forceps avec enfant mort, le second par la céphalotripsie. La 3e grossesse était parvenue à la 34e semaine, lorsque N. fit l'accouchement artificiel qu'il termina par une version podalique. L'enfant fut extraite vivante après 3 jours pleins. Au niveau du grand trochanter droit, elle présentait une plaque parcheminée, arrondie, noirâtre, de la grandeur d'une pièce de 1 franc. Les jours suivants, la plaque s'entoura d'une auréole rouge et elle fut éliminée dans le cours de la 2e semaine, en laissant une ulcération pénétrant dans le tissu conjonctif sous-cutané.

L'autre femme, qui en était à sa 8e grossesse, avait accouché spontanément les 6 premières fois ; pour le 7e accouchement, N. avait dû faire la version à cause d'une présentation transversale. Enfin, le 8e accouchement s'était effectué dans le laps de 12 heures sans intervention. Cette femme, dont le bassin était complètement normal, offrait d'autre part un ventre pendant, très accentué.

Son enfant présentait, au talon droit, au niveau de la tubérosité du calcaneum, à 1/2 centimètre au-dessus du bord de la plante du pied, une plaque noirâtre, ayant la consistance du cuir et les dimensions d'une pièce de 10 pfennigs. Les jours suivants, elle se surmonta d'une phlyctène remplie d'un liquide brunâtre. Puis, l'eschare éliminée au bout d'une quinzaine, il subsista une perte de substance mettant à nu le tissu cellulaire sous-cutané.

Dans les 2 cas, la cicatrisation fut parfaite et rapide. Ni pour l'un ni pour l'autre, N. ne fournit de renseignements sur l'époque de la rupture de la poche des eaux. J. BEX.

M. CIBERT. Des paralysies radiculaires obstétricales du plexus brachial (*Thèse de Lyon, 1897*).

Les paralysies radiculaires obstétricales du membre supérieur sont une complication rare des accouchements. Elles surviennent dans les cas où des manœuvres violentes ont été exercées. Parfois, dans des accouchements laborieux, elles se produisent spontanément. Ces paralysies sont quelquefois causées par la compression des racines du plexus brachial par le forceps ; mais, le plus souvent, il faut les attribuer aux tiraille-

ments de ces racines, à la suite de violentes tractions opérées sur la tête ou sur les épaules. On tend de moins en moins à admettre la compression du point d'Erb.

Le type le plus fréquemment observé est la paralysie radiculaire supérieure (type Duchenne Erb). Les paralysies totales sont rares; il n'y aurait qu'un seul cas de paralysie radiculaire inférieure.

Le pronostic est très réservé; il dépend de l'intensité du traumatisme et doit se baser sur l'état de la contractilité électrique des muscles. D'ordinaire, la guérison survient au bout de quelques semaines. Le seul traitement est l'électricité, surtout sous forme de courants continus.

H. FRENKEL.

PARQUET. Contribution à l'étude de la mort subite et de la mort rapide dans les suites de couches (*Thèse de Paris*, *1897*).

Etude assez complète des causes de la mort subite ou rapide des nouvelles accouchées. L'auteur accorde, à juste titre, une place spéciale dans cette étude aux recherches récentes de Jayl sur la septicémie post-puerpérale et il rapporte à l'infection puerpérale certains cas de mort subite, tantôt dues à l'embolie pulmonaire, d'autres fois, faute de lésions constatables, à l'action des toxines. PORAK.

BÉGOUIN. Du pseudo-rhumatisme puerpéral (*Ann. de gyn., janv. et fév. 1898*).

Etude du pseudo-rhumatisme puerpéral, basée sur 40 observations, dont trois inédites. Cette maladie est absolument identique à l'arthrite blennorragique. La démonstration bactériologique faisait défaut. Bar d'abord, Begouin ensuite, sont venus apporter cette preuve. Au point de vue clinique, si on élimine les observations de rhumatisme articulaire qui peuvent bien survenir dans le cours de la grossesse, les arthrites purulentes qui dépendent de l'infection septique, la maladie dans sa symptomatologie, ses complications, sa durée, son évolution reste absolument calquée sur le rhumatisme blennorragique. PORAK.

RUBESKA. Beiträge zum Tetanus puerperalis (*Arch. f. Gyn.*, *LIV*, *1*).

Depuis la découverte du bacille de Nicolaïer, trois cas seulement ont été publiés où ce bacille a été trouvé dans l'utérus pendant les suites de couches : ce sont les faits de Chantemesse et Widal, Stern et Heyse.

Rubeska a pu observer 6 cas de tétanos puerpéral. Dans tous, l'accouchement avait nécessité une intervention opératoire, forceps, extraction, embryotomie. Dans un cas, on fit l'hystérectomie vaginale dès le début des accidents tétaniques; mais la maladie continua son cours et eut une issue fatale.

Dans ces six observations, le tétanos a débuté au cours d'accidents infectieux, frissons, fièvre, lochies fétides, etc..., existant depuis quelques jours. Il est apparu entre le 6e et 19e jour des suites de couches. La mort a été la terminaison constante, au bout de 2 ou 3 jours de ma

ladie. Dans un cas, on a fait des injections d'antitoxine qui n'ont eu aucun résultat.

L'auteur cite en outre trois faits rapportés par Pipek, où le tétanos apparut au 6e, 7e et 9e jour, et où la mort survint en 2 à 4 jours.

Il a pu réunir en tout 21 cas, en ajoutant aux 9 précédents 12 observations prises dans la littérature depuis 1890.

Le pronostic du tétanos puerpéral est d'une extrême gravité, puisque sur tous ces faits, un seul, de Irwing, s'est terminé par la guérison.

CH. MAYGRIER.

W. POTTER. Principles of treatment in puerperal eclampsia (*Amer. Journ. of obst., nov. 1897*).

Voici les conclusions de ce mémoire :

La pathogénie de l'éclampsie n'est pas exactement connue. Cette affection n'appartient qu'à la grossesse ou à la puerpéralité, et n'a rien de commun avec l'apoplexie, l'épilepsie et l'hystérie.

Elle dépend d'un empoisonnement dû à une production exagérée de toxines et à leur élimination insuffisante par les divers émonctoires.

Ces toxines ont probablement leur origine dans les ingesta, dans les produits de putréfaction intestinale, dans les substances provenant de la désassimilation de l'organisme fœtal.

Dès que les prodromes de l'éclampsie apparaissent, on doit s'enquérir de l'état des reins et de leur fonctionnement.

Le traitement est préventif et curatif. Le traitement préventif est médical et hygiénique; le traitement curatif est médical et obstétrical.

Dans la période prodromique, la malade sera mise au régime du lait et de l'eau distillée, afin de diluer les toxines, de favoriser leur élimination, tout en contribuant à la nutrition.

La saignée ne sera indiquée que dans les cas de pléthore ou de cyanose; car il faut éviter tout ce qui peut anémier les malades. La vératrine déprime le cœur : c'est un médicament dangereux quand on le pousse jusqu'aux doses nécessaires pour calmer les convulsions.

L'éclampsie est l'expression de l'intolérance de l'organisme maternel pour le fœtus : aussi, la première mesure à prendre est-elle de vider rapidement l'utérus.

Le traitement médical exclusif est illusoire; la provocation rapide du travail est le seul traitement rationnel dans les cas désespérés.

CH. MAYGRIER.

OLSHAUSEN, LEOPOLD, ZWEIFEL. Opérations césariennes (*Berlin. klin. Woch., p. 838, 20 sept. 1897*).

1° Sur 30 opérations césariennes qu'Olshausen a pratiquées depuis 1888, 29 ont été faites sur 24 femmes atteintes de rétrécissement du bassin ; 2 des femmes ont succombé, tandis que les 29 enfants ont été extraits vivants et 26 ont quitté l'hôpital en vie. Olshausen a été frappé du développement relativement considérable des enfants des femmes, généralement très petites, qui ont dû subir l'opération césarienne ; le poids moyen des enfants de 20 mères rachitiques était de 3,316 grammes.

Habituellement, la guérison après l'opération ne s'effectue pas sans fièvre ; 4 femmes seulement n'ont jamais eu une température supérieure à 38° ; le pouls est aussi toujours très fréquent et il n'est pas rare de le voir se maintenir au-dessus de 120 pulsations. Olshausen pense que ce mouvement fébrile s'explique par la péritonite adhésive dont il a constaté l'existence dans les cas où il a été obligé de faire une seconde opération césarienne.

Il estime la symphyséotomie plus dangereuse que l'opération césarienne.

2° Leopold, en 14 ans, a pratiqué 93 opérations césariennes (67 opérations césariennes et 26 opérations de Porro) ; il a perdu 8 femmes, soit une mortalité de 8,6 0/0.

3° Zweifel, qui, en 10 ans, a fait 55 opérations césariennes avec une seule mort, croit la symphyséotomie moins dangereuse. J. B.

V. DUCHAMP. Opération césarienne suivie de l'amputation par le vagin de l'utérus inversé (*Loire méd., 16 sept. 1897*).

Primipare ; 43 ans. Bassin peu rétréci, mais irrégulier de forme. Après avoir pratiqué la section de la paroi antérieure et du fond de l'utérus, extrait l'enfant vivant et fait la délivrance, l'auteur introduisit par le vagin deux pinces, qui, saisissant les deux bords de l'incision utérine, amenèrent l'organe dans le vagin en l'inversant. Ligature élastique, puis section de l'utérus. Les sutures abdominales ont été faites comme à l'ordinaire. Guérison sans accident. OZENNE.

ROCHARD. Deux cas de grossesse extra-utérine opérés : guérison (*Bull. Soc. chir., XXIII, p. 628*).

1° Grossesse extra-utérine, péritonéale, avec intégrité des annexes. Ablation par la laparotomie. Guérison. Le diagnostic porté avait été « salpingite ».

2° Grossesse extra-utérine tubo-ovarienne, renfermant un fœtus macéré de 7 mois et demi. Laparotomie ; extirpation complète et assez pénible du kyste sans pédicule. Guérison. Le diagnostic porté avait été fibrome avec grossesse arrêtée dans son évolution.

Picqué considère qu'on ne doit pas, pour éviter de nouveaux risques à la malade, faire de parti pris la castration double, même quand l'ovaire est sain.

A l'appui de cette opinion, *Routier* cite le cas de quatre malades qui devinrent enceintes après l'ablation d'un kyste fœtal extra-utérin.

Hartmann est du même avis. Il fait, du reste, remarquer que la grossesse extra-utérine n'est pas, comme on l'a cru, le résultat d'une salpingite. La greffe de l'œuf sur une frange du pavillon de la trompe peut faire craindre, à tort, à une grossesse abdominale typique. J. VANVERTS.

ROSSIER. Traitement de la grossesse extra-utérine (*Revue méd. Suisse romande, p. 619, sept. 1897*).

Conclusions tirées de 21 cas opérés, dont 1 seul dans la seconde moitié de la grossesse.

Quand on a diagnostiqué une grossesse extra-utérine et qu'il y a rup-

ture ou avortement abdominal incomplet, on doit pratiquer le plus tôt possible la laparotomie et, dans certains cas spéciaux seulement, la colpotomie.

S'il y a hématocèle, l'expectation peut être dangereuse à cause de la possibilité d'une nouvelle hémorragie subite et mortelle.

Dans les cas d'hématocèle, la laparotomie est préférable à la colpotomie, parce qu'elle permet une opération plus complète.

S'il y a infection ou suppuration, la voie vaginale est indiquée ; mais l'utérus, contrairement à l'avis de Segond, devrait être conservé.

L'opérateur doit appliquer, autant qu'elle est praticable, la méthode conservatrice de Martin. J. B.

CZEMPIN. Ein Fall von geplatzter und operirter wiederholter Tubengravidität des 4 Monats (*Berlin. klin. Woch., 20 sept. 1897*).

Nullipare de 33 ans, stérile après 7 ans de mariage. Dans la même année, elle a deux grossesses extra-utérines. La première siégeant dans la trompe droite fut opérée le 7 mai 1896. Les règles parurent pour la dernière fois le 7 novembre. A la fin de janvier 1897, violentes douleurs. Le 1er février, on diagnostique une grossesse tubaire gauche. Collapsus. Le 3 février, laparotomie : fortes adhérences provenant de la première opération ; volumineux caillots dans la cavité abdominale. Large déchirure de la trompe ; placenta situé dans la déchirure ; hémorragie récente, profuse ; fœtus dans la cavité péritonéale ; sac fœtal tubaire presque entièrement adhérent. Hémostase laborieuse et dégagement pénible du kyste fœtal. Guérison. J. B.

Peter TYTLER. Rupture d'une grossesse tubaire interstitielle : suture de la déchirure (*Brit. med. Journ., p. 1472, 12 juin 1897*).

Femme de 31 ans, mère de sept enfants. Suspension des règles depuis six semaines. Au bout de ce temps, apparition d'une violente douleur abdominale, qui cesse en quelques heures. Les règles apparaissent alors, mais peu abondante. Cinq jours après la première attaque, production subite d'une douleur dans la région épigastrique et refroidissement général. Collapsus pendant cinq jours.

A ce moment, la malade, apportée à l'hôpital, présente les signes d'une hémorragie interne. On sent dans l'abdomen, à droite de la ligne médiane, dans la fosse iliaque, une masse régulière, à laquelle les mouvements imprimés à l'utérus se communiquent.

Quatre jours après apparaissent des vomissements et des phénomènes d'hémorragie abondante. Laparotomie sous-ombilicale. La cavité péritonéale renferme une grande quantité de sang noir. Les caillots étant enlevés, on ne découvre aucun point saignant. Il existe une déchirure au niveau du fond de l'utérus, sur le côté droit, allant de la partie médiane à l'origine de la trompe. Cette déchirure donne accès dans une cavité arrondie, remplie de fibrine qu'on enlève ; on n'y trouve aucune trace d'œuf. Ablation de la trompe et de l'ovaire droits. Suture de la plaie utérine. Drainage de la cavité abdominale.

Guérison après une période de fistulisation de quelques mois.

T. fait remarquer que, dans des cas semblables, on a l'habitude d'enlever l'utérus. Le procédé de la suture de la déchirure, qui a été employé une fois par Bland Sutton, est préférable à l'hystérectomie.

J. VANVERTS.

MALADIES DES ENFANTS.

HERTOGHE. Nouvelles recherches sur les arrêts de croissance et l'infantilisme (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, *XI*, *p. 750*).

L'hypertrophie normale de la glande thyroïde, à l'époque de la puberté, est antérieure au développement des organes sexuels. La sécrétion thyroïdienne s'exagère par le fait de cette hypertrophie, et le surplus de thyroïdine se consacre à la croissance de l'appareil génital.

L'infantilisme est de nature dysthyroïdienne et le myxœdème complet en est le degré extrême. La dysthyroïdie a pour symptômes l'arrêt de croissance, et accessoirement l'absence de puberté ; suivant son degré, ses effets sont variables : obésité simple, rachitisme, dystrophie chondrofœtale, infantilisme. Ces divers états existent dans une même famille et sont parfois liés à des accidents dysthyroïdiens des parents (maladie de Basedow, asthme thyroïdien, ménorragies) ; ils sont améliorés par l'ingestion de produits thyroïdiens. LEFLAIVE.

BRUN et RENAULT. L'hématome sous-périosté chez les rachitiques (maladie de Barlow) (*Presse méd.*, *12 janv. 1898*).

Les auteurs rapportent six observations personnelles de maladie de Barlow, recueillies chez des enfants âgés de trois, dix, quinze, vingt-quatre et vingt-huit mois, trois de chaque sexe; aucun ne présentait de lésions gingivales; cinq fois l'hématome portait sur le fémur, une fois sur l'humérus; dans aucun cas ils n'ont trouvé de crépitation, ni de mobilité anormale, ni de changement de direction de l'os ; dans les trois derniers cas l'examen radioscopique n'a pas montré de fracture; mais sur un de ces malades, endormi au chloroforme, l'épreuve radiographique montra nettement une fracture oblique du fémur avec léger déplacement. Ils concluent en rejetant les théories du scorbut et du rachitisme aigu; le symptôme capital est l'hématome sous-périosté, qui n'est dans la majorité des cas que le résultat d'une fracture sous-périostée complète ou incomplète; la condition prédisposante, sinon indispensable, tout au moins primordiale, est le rachitisme; la lésion occasionnelle la plus fréquente est un traumatisme. H. LEROUX.

J. FRÖHLICH. Lymphdrüsenschwellung bei Rachitis (Engorgements ganglionnaires dans le rachitisme) (*Jahrb. f. Kinderh.*, *XLV*, *p. 282*).

L'hypertrophie des ganglions, si fréquente chez les enfants rachitiques, dépend-elle du rachitisme lui-même ? En est-elle indépendante et est-elle une coïncidence due à des causes diverses ? F., sans discuter la raison théorique de l'infection rachitique comme cause d'adénite, a analysé clini-

quement 185 cas de rachitisme. Il a vu l'adénite manquer 32 fois et cela chez des enfants qui, en dehors du rachitisme, n'avaient aucune autre affection. Il l'a vue particulièrement marquée chez les enfants atteints d'accidents gastro-intestinaux graves. Des troubles gastro-intestinaux identiques peuvent produire des adénites chez les enfants non rachitiques. En admettant même la théorie de Comby et de Marfan, l'origine gastro-intestinale du rachitisme, théorie fort séduisante, la part de ces troubles dans l'adénopathie reste entière.

L'hypertrophie splénique, beaucoup plus rare, semble être en général, elle aussi, d'origine gastro-intestinale. A.-F. PLICQUE.

G. REY. Ätiologie des Pavor nocturnus (Causes des terreurs nocturnes) (*Jahrb. f. Kinderh., XLV, p. 217*).

Les terreurs nocturnes ne sont que la traduction d'une dyspnée soit permanente, soit temporaire, avec accès brusques d'origine réflexe. Tout le traitement consiste dans la suppression de la cause de la dyspnée : ablation des végétations adénoïdes, d'hypertrophie des cornets, de polypes du nez, de corps étrangers du nez ou du pharynx, d'amygdales hypertrophiées.

Les ascarides, les aliments trop lourds au repas du soir, les chambres à coucher mal aérées, les oreillers de plumes trop chauds peuvent jouer un rôle. Les formes graves s'observent plutôt en cas d'obstacle matériel et direct à la respiration; les formes légères appartiennent plutôt aux causes réflexes, dyspepsie par exemple. La susceptibilité individuelle des sujets à l'intoxication par l'acide carbonique, cause finale de la terreur nocturne, paraît d'ailleurs très variable. A.-F. PLICQUE.

BONARDI. Un caso di sclerosi laterale amiotrofica ad inizio bulbare in una bambina di dieci anni (*Il Morgagni, p. 686, oct. 1897*).

Fillette de 10 ans; début à la suite d'une peur; le visage de l'enfant prit d'abord un aspect hébété, puis il se produisit de la dysphagie, de l'amyotrophie, des troubles de l'articulation des sons et de la mastication. Plus tard, contracture musculaire très nette aux membres supérieurs, exagération des réflexes tendineux, pas de troubles de la sensibilité, légère atrophie des muscles des éminences thénar et hypothénar, des premiers interosseux et du deltoïde; tous les troubles étaient plus prononcés à gauche qu'à droite. GEORGES THIBIERGE.

LUCE. Ein Beitrag zu..... (Un cas de sclérose combinée primitive chez l'enfant) (*Deut. Zeitschr. f. Nervenh., XII, fasc. 1*).

Fillette de 5 ans 1/2. Antécédents héréditaires nuls (parents consanguins). Pas de maladie infectieuse antérieure. Syndrome de la paraplégie spasmodique supérieure et inférieure. Début par fixité du regard, faiblesse des membres inférieurs, trouble intense de la parole, difficulté de la marche. Période d'état : spasme accentué des membres supérieurs et inférieurs, interrompu par des convulsions toniques, spontanées ou provoquées par le moindre attouchement. Absence de troubles vasomoteurs ou trophiques. Bouche maintenue généralement entr'ouverte, pas de paralysie perceptible dans le domaine du facial ou des nerfs moteurs de l'œil. Le spasme ne permet pas l'examen

des réflexes. Incontinence d'urine. Rien ailleurs. Neuf mois après l'entrée, mort avec phénomènes convulsifs.

Autopsie. Centres nerveux. Système sensitif. Sclérose partielle ou totale, suivant le point examiné des zones de Lissauer, des racines postérieures, de la zone radiculaire médiane, dans les régions sacrée, lombaire, cervicale; dorsales inférieure et moyenne; des cordons de Goll dans la région cervicale, des racines des 5e et 9e paires, dans le bulbe et la protubérance. Peu de fibres nerveuses dans la substance grise des cornes postérieures, lombaires et dorsales moyennes et inférieures. Les colonnes de Clarke sont encore plus réduites de volume. — Système moteur. Sclérose partielle des voies pyramidales, surtout dans le f. de Türck droit: sclérose symétrique et descendante, depuis la protubérance jusqu'à la moelle sacrée. Dans presque toute la hauteur de la moelle, atrophie et dégénérescence des cellules des cornes antérieures, surtout dans la région dorsale inférieure. Diminution du nombre des fibres des racines antérieures dorso-lombaires. — Dans les cordons latéraux: sclérose de moyenne intensité du faisceau pyramidal, avec propagation à la couche limitante latérale et au faisceau fondamental. Dans la moitié proximale de la protubérance: sclérose de tous les faisceaux longitudinaux (à l'exception du f. pyramidal), soit des fibres cortico-pontiques et réduction des fibres propres de la protubérance. Hémisphères cérébraux. Lésions des faisceaux d'association et de projection comme dans un cas de Nonne. Dilatation des veines et des capillaires dans toute la hauteur de l'axe gris. Absence totale de foyers inflammatoires encéphaliques ou médullaires.

Dans ce cas, il y a donc altération des deux neurones, centrifuges, central et périphérique, et du neurone centripète périphérique. L'anatomie pathologique permet donc de constater chez l'enfant les lésions de la sclérose latérale amyotrophique, les lésions du tabes, l'association de ces deux groupes de lésions à l'inverse de ce qui a été signalé dans les observations de sclérose combinée primitive, actuellement publiées, on note ici l'intégrité du faisceau cérébelleux direct et la sclérose des racines postérieures et des zones radiculaires. Il semble, quant à la pathogénie, que lorsqu'un premier neurone est lésé, cette lésion retentisse au point de vue fonctionnel sur un ou plusieurs des neurones qui se trouvent avec lui en corrélation fonctionnelle. E. LANTZENBERG.

FORTIN. Paralysie faciale avec monoplégie chez un enfant (*Normandie méd., 1er nov. 1897*).

Enfant de 4 ans 1/2, ayant été antérieurement atteint de coqueluche. A la suite d'une insolation, convulsion, état demi-comateux bientôt suivis d'une paralysie faciale gauche complète avec flaccidité du bras correspondant, sans perte de la sensibilité. Anesthésie du membre inférieur droit. Élévation de la température et accélération du pouls. Cet état persiste pendant 6 jours, puis à l'état comateux succède une période d'excitation et les accidents disparaissent, sauf la paralysie faciale qui a persisté pendant quelques mois. OZENNE.

W. KŒNIG. Ueber cerebral bedingte Complicationen welche der cerebralen Kinderlähmung..... (Complications de nature cérébrale dans l'hémiplégie cérébrale infantile et l'idiotie) (*Deut. Zeitschr. f. Nervenh., XI, p. 239*).

Les différentes modalités résultant des lésions cérébrales dans l'enfance peuvent être classées de la manière suivante :

a) Paralysie cérébrale infantile avec psychisme normal;

b) Paralysie cérébrale infantile avec psychisme abaissé pouvant aller jusqu'à l'idiotie prononcée;

c) Cas de paraspasmes et de dispasmes avec ou sans symptômes de complications cérébrales;

d) Cas d'idiotie sans paralysie, mais avec symptômes de complications cérébrales.

e) Cas d'idiotie simple. PIERRE MARIE.

LE MEIGNEN. Du syndrome de Little (*Thèse de Paris, 1897*).

Dans le groupe des paralysies spasmodiques de l'enfance, il est possible de distinguer une entité clinique dont les caractères essentiels sont, outre sa congénitalité, de se produire exclusivement chez des enfants nés avant terme, de ne présenter aucun trouble intellectuel et d'avoir une tendance marquée, sinon vers une rémission complète, du moins vers l'amélioration. Cette affection, à laquelle on a voulu donner le nom de maladie de Little, fait bien partie du groupe décrit par Little, mais ne constitue qu'une très minime portion de ce groupe. Il est permis d'attribuer cette affection au trouble causé dans le développement du faisceau pyramidal par une naissance prématurée. Mais le syndrome de Little se présente plus ou moins pur dans diverses altérations du névraxe. La syphilis héréditaire peut le provoquer chez le nouveau-né. Trois observations inédites complètent cette intéressante monographie critique. P. SOLLIER.

A. KELLER. Pathologie der Keuchhustens (Leucocytose dans la coqueluche) (*Jahrb. für Kinderh., XLIV, p. 53*).

K. a étudié 55 cas de coqueluche au point de vue de la forme et du nombre des globules blancs du sang. La leucocytose est constante; elle atteint son maximum avec l'acmé des quintes vers la troisième ou quatrième semaine. La corrélation entre l'intensité de la leucocytose et celle de la coqueluche, entre cette intensité, l'âge et les complications, est irrégulière. Le nombre des lymphocytes est très prédominant. Il atteint 50 à 60 0/0. Cette prédominance des lymphocytes sur les leucocytes polynucléaires est d'ailleurs la règle dans l'enfance.

L'existence de la leucocytose peut fournir un utile appoint au diagnostic de coqueluche dans les cas douteux. De plus, cette notion montre que la coqueluche n'est pas une maladie locale de l'appareil respiratoire, mais une maladie générale intéressant le sang. A.-F. PLICQUE.

BALZER et GRIFFON. Stomatite diphtéroïde impétigineuse à streptocoques (*Rev. des mal. de l'enf., janv. 1898*).

Les auteurs, s'appuyant sur leur conclusion que le streptocoque est l'agent pathogène de l'impetigo cutané, ont poussé leurs recherches sur la stomatite impétigineuse. Ils se sont servis du bouillon peptoné comme milieu d'ensemencement et faisaient l'examen précoce de la culture au bout de 20 heures. Ils ont trouvé le streptocoque dans les fausses mem-

branes de 2 cas de stomatite impétigineuse. Ils admettent que les stomatites diphtéroïdes peuvent être symptomatiques soit du staphylocoque, soit du streptocoque. H. LEROUX.

COMBY. Arythmie du cœur chez les enfants (*Arch. de méd. de l'enfance, janv. 1898*).

L'arythmie chez les enfants peut être essentielle, toxique (belladone, digitale, chloroforme), d'origine gastro-intestinale (constipation, appendicite, ictère), dyscrasique (diabète, asthme, migraine, rachitisme), névrosique (chorée, hystérie, etc.,), liée à la convalescence (fièvre typhoïde, pneumonie, grippe, fièvre éruptive). Elle s'explique soit par une action réflexe, soit par une intoxication accidentelle ou une infection. La valeur pronostique est variable, de même le traitement est subordonné à la cause. En règle, l'arythmie cardiaque des enfants n'est pas grave. H. LEROUX.

MENDELSSOHN. La rougeole à l'hôpital Trousseau pendant l'année 1896 (*Thèse de Paris, 1897*).

Sur 533 cas, la mortalité a été de 118, soit 22,14 0/0. 68 cas ont été dus à la broncho-pneumonie, 38 à la diphtérie. Le sérum de Marmorek n'a donné aucun résultat satisfaisant dans la broncho-pneumonie; il y a eu une série d'abcès à streptocoques; les bains chauds se sont montrés très efficaces comme agent préventif et comme agent curatif. H. LEROUX.

AUDEBERT. Origine de l'hydropisie généralisée du nouveau-né (*Rev. des mal. de l'enf., déc. 1897*).

Chez une femme de 31 ans, primipare à terme, l'auteur nota un lacis veineux abdominal très accentué et un développement anormal du ventre, sans trace d'hydramnios. La dilatation se fit régulièrement, mais quoique le travail n'eût duré que 6 heures, les battements du cœur de l'enfant rapidement diminuèrent et l'enfant arriva mort; la délivrance se fit spontanément. Le nouveau-né était atteint d'une anasarque généralisée; le ventre était très saillant; la face surtout déformée, on ne voyait presque plus le nez et le menton restés intacts. Le ventre renfermait une ascite abondante, il y avait un certain degré d'hydrocéphalie. Le placenta à peu près circulaire, formé de cotylédons énormes, pâles, mesurait 25 sur 28 centimètres, pesait 915 grammes. Les vaisseaux des villosités choriales étaient atteints d'endartérite et d'endophlébite. Le mari avait eu la syphilis 17 ans auparavant et ne s'était soigné que quelques mois. H. LEROUX.

W. KNÖPFELMACHER. Ueber das Fett im Säuglingsalter und das Fettsklerem (La graisse chez le nourrisson et le sclérème graisseux) (*Jahrb. f. Kinderh., XLV, p. 177*).

La proportion d'acide oléique dans la graisse du nouveau-né atteint 43,3 0/0. Cette proportion augmente peu à peu et assez régulièrement avec l'âge. Dès le douzième mois elle atteint un chiffre voisin du chiffre de l'adulte, 65 0/0. En comparant la graisse sous-cutanée d'un enfant amaigri et d'un enfant mort en plein embonpoint, on voit que la première est notablement plus pauvre en acide oléique que la seconde.

Ces faits ont leur importance dans le sclérème graisseux. Celui-ci dépend non seulement de la perte de liquides et de l'hypothermie, mais du haut point de fusion de la graisse infantile. Elle renferme beaucoup de graisses fondant à une température élevée et peu d'acide oléique. Dès le troisième mois, quand celui-ci augmente d'abondance, le sclérème graisseux devient rare. A six mois il ne s'observe plus. La composition chimique de la graisse dans le sclérème n'est d'ailleurs pas modifiée.

A. F. PLICQUE.

C.-S. ENGEL. Ueber verschiedene Formen der Leukocytose bei Kindern (*Berlin klin. Woch., p. 705, 9 août 1897*).

Engel a pratiqué la numération des globules blancs de diverses formes dans le sang des enfants atteints de maladies infectieuses, afin de reconnaître s'il existait quelques rapports entre l'évolution morbide et les formes de leucocytes constatées. D'autre part, il a fait des numérations semblables chez des enfants bien portants.

Chez les enfants bien portants au-dessous d'un an, le sang renferme généralement un si petit nombre d'éléments polynucléaires avec granulation neutrophile, que ce phénomène semble carastéristique de cet âge; les éosinophiles oscillaient entre 7 et 8 0/0. Il y avait toujours de 5 à 10 0/0 de gros lymphocytes avec noyau rond et lobulé.

C'est dans la pneumonie qu'Engel a enregistré les proportions les plus considérables des éléments polynucléaires à granulation neutrophile, elles atteignaient jusqu'à 92 0/0. Les cellules éosinophiles faisaient presque entièrement défaut jusqu'à la crise. Il en était de même dans la rougeole et dans la méningite épidémique.

En revanche, dans la syphilis congénitale, on notait le phénomène contraire. Le chiffre absolu des leucocytes était parfois considérablement accru, mais cette augmentation portait non sur les polynucléaires, mais sur les petits corpuscules de la lymphe; la proportion des éosinophiles s'élevait jusqu'à 14 0/0. On voyait très peu de cellules rouges à noyau et toujours des normoblastes et mégaloblastes. Les myélocytes d'Ehrlich (grosses cellules à noyau unique et granulation neutrophile) étaient fréquents.

L'apparition de certaines complications, telles qu'une suppuration auriculaire, faisait monter, brusquement ou graduellement, le nombre des éléments polynucléaires. Dans la rougeole, le chiffre de ces derniers leucocytes tombait parfois avec la fièvre.

J. B.

Hans Osk. WYSS. Tannalbin in der Kinderpraxis (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, 1er août 1897*).

La tannalbine a été administrée, sans le moindre phénomène incommode, à 75 enfants atteints de diarrhée; 63 d'entre eux n'avaient pas plus de 3 ans. 53 ont été complètement guéris et 10 ont vu leur état notablement amélioré. Le résultat a été excellent, même dans les cas d'entérite chronique, d'origine tuberculeuse. Le médicament, en outre, réveillait l'appétit. Il doit être continué 1 ou 2 jours après la cessation de la diarrhée et ne pas être supprimé brusquement. Les enfants le pren-

nent facilement, sans addition de sucre, dans du lait, du malaga coupé d'eau ou un mucilage. Les doses sont de 25 centigrammes (répétées de 2 à 6 fois par jour) au-dessous de 2 ans, et de 50 centigrammes au-dessus de cet âge.

Dans les entérites graves et les catarrhes du rectum, on peut y joindre 1 ou 2 lavements quotidiens avec 50 grammes d'eau et 50 centigrammes de décoction d'amidon et autant de tannalbine. J. B.

CADE. L'ulcère rond chez les enfants (*Revue mens. des mal. de l'enf., fév. 1898*).

Chez un enfant de deux mois et demi, atteint pendant six semaines de diarrhée jaune et de vomissements on trouva, à l'autopsie, dans le ventre, une poche fermée, contenant un liquide jaunâtre acide, formée par l'arrière cavité des épiploons, très adhérente à la petite courbure de l'estomac.

Dans celui-ci on voit, près du pylore, une ulcération ronde, à bords nets, communiquant avec la poche ci-dessus, l'estomac contient un liquide analogue à celui de la poche; l'examen histologique de la muqueuse, pratiqué près de l'ulcère, montre une structure à peu près normale. H. LEROUX.

Jules REBOUL. Hémorragie mortelle consécutive à la section du frein sublingual chez un enfant à sa naissance (*Assoc. franç. Cong. de St-Étienne, août 1898*).

Il s'agit d'une petite fille à qui l'on sectionna, quelques heures après sa naissance, le frein sublingual. Une petite hémorragie suivit la section, puis céda au tamponnement, mais recommença bientôt après, continue, en nappe, résistant à tous les moyens employés pour la combattre: compression digitale, compression ouatée, serres-fines, pince à forcipressure, perchlorure de fer, eau de Pagliari, antipyrine. R. voit l'enfant un jour et demi après le début de l'hémorragie ; il essaye vainement de l'arrêter par la compression, le stérésol, le galvano-cautère, puis il fait une injection sous-cutanée de sérum.

Les moyens locaux continuent à être employés successivement, amenant parfois un temps d'arrêt dans le suintement sanguin, mais l'hémorragie recommence bientôt au pourtour des eschares produites par le galvano-cautère. La plaie s'agrandit sous l'influence des mouvements de la langue de l'enfant et des tentatives faites pour arrêter l'hémorragie. Huit injections sous-cutanées de sérum (150-200 grammes) sont faites à des intervalles plus ou moins rapprochés. Après chacune de ces injections, l'enfant paraît se ranimer. Cependant l'hémorragie continuant, elle s'affaiblit de plus en plus, elle est d'une pâleur extrême, des ecchymoses sous-unguéales se montrent, quelques piqûres des injections de sérum deviennent le point de départ d'ecchymoses, il y a du melæna, des érosions anales hémorragiques et l'enfant meurt exsangue cinq jours et demi après la section du filet lingual. A. C.

COMMANDEUR. Dilatation de l'appareil urinaire chez le fœtus par rétrécissement valvulaire de l'urètre (*Lyon méd., 13 mars 1898*).

Enfant masculin, du poids de 3,100 grammes mort quelques minutes après l'accouchement normal, ayant fait quelques inspirations incomplètes. Pas de malformation apparente. Ventre gros et dur; la vessie remonte presque au foie, contenant 50 grammes de liquide. Les parois sont hypertrophiées et la surface interne donne l'aspect d'une vessie de vieil urinaire. Dilatation des uretères;

reins doublés de volume avec kystes. L'urètre est fermé au niveau du *veru montanum* par une valvule semi-lunaire, mince, transparente. A. CARTAZ.

ANDÉRODIAS et HUGON. Un cas de fibro-chondrome branchial (*Journ. méd. Bordeaux*, *9 mai 1897*).

Enfant de 5 mois portant, au niveau de l'os hyoïde, une production appendiculaire ressemblant à un mamelon. Elle était formée d'une partie conoïde renflée et molle et d'un pédicule à consistance cartilagineuse. Ablation aux ciseaux. L'examen histologique a démontré que la tumeur se composait d'un épiderme et d'un derme normaux recouvrant une tige fibro-cartilagineuse : il s'agissait d'un fibro-chrondrome associé à du tissu lipomateux. OZENNE.

MAUNY. Kyste séreux du cou chez un enfant de 22 mois : ablation (*11e Congrès chir. Paris*, *p. 271*, *1897*).

Fillette de 22 mois, atteinte d'un kyste congénital de la base du cou, du volume d'un œuf de poule. Gêne notable. Une incision conduit sur une poche multiloculaire, surtout adhérente par sa base aux vaisseaux de la région et vers la carotide. L'isolement en est cependant assez facile et l'ablation peut être faite complètement. Réunion par première intention. La tumeur présentait la structure des kystes congénitaux. OZENNE.

D'ARCY POWER. Un cas de disparition spontanée d'un lymphangiome kystique congénital (*Brit. med. Journ.*, *p. 1633*, *4 déc. 1897*).

L'auteur extirpa incomplètement à un enfant de 8 ans un lymphangiome kystique congénital du cou. A la suite d'attaques de lymphangite qui survinrent quelques jours, six et sept mois après l'opération, la portion restante de la tumeur diminua notablement et finit par disparaître complètement.

J. VANVERTS.

J. REBOUL. Prolapsus du rectum chez un enfant de 5 ans : gangrène et perforations larges de l'intestin hernié; résection, guérison (*11e Congrès chir. Paris*, *p. 417*, *1897*).

Fillette de 5 ans, portant depuis 3 années un prolapsus rectal qui, d'abord léger et réductible, a augmenté de jour en jour et s'est gangrené après irréductibilité. Le rectum rouge, œdématié, violacé, forme une tumeur cylindro-conique de 8 centimètres de longueur, convexe en avant et fortement coudée en arrière.

Sur sa surface on note des ulcérations saignantes et sur sa partie antérieure, au niveau de la convexité, une large plaque de sphacèle. En arrière, au niveau de la coudure, existe une perforation transversale, large, par laquelle sortent les matières fécales formées de diarrhée verte et sanguinolente; à l'extrémité de la tumeur est l'orifice anal qui ne donne plus passage aux matières. Etat général mauvais.

L'opération a consisté dans la résection du prolapsus et dans la suture des lèvres de l'intestin à l'anus cutané. Réunion complète au bout de 13 jours, et retour rapide à la santé. Six mois plus tard pas de nouveau prolapsus.

OZENNE.

THOS. CARWARDINE. Volvulus du diverticule de Meckel (*Brit. med. Journ., p. 1637, 4 déc. 1897*).

Enfant âgé de deux jours, présentant depuis sa naissance de l'occlusion intestinale complète. Laparotomie : l'intestin grêle est trouvé dilaté, le colon est aplati ; on fait un anus contre nature. Mort.

Il s'agissait d'un volvulus du diverticule de Meckel, produit pendant la vie intra-utérine et ayant déterminé la production d'un kyste rempli de méconium et formé par le diverticule dilaté. J. VANVERTS.

FRŒLICH. Des tumeurs vermineuses chez les enfants; un cas d'abcès vermineux essentiel dû à des oxyures chez un petit garçon (*Revue des mal. de l'enf., nov. 1897*).

Un enfant de 11 ans présente depuis 8 jours une petite tumeur inflammatoire près de l'anus; au moment de l'examen on voit deux oxyures à l'anus; on sent que la tumeur voisine de la peau est à une certaine distance de l'intestin ; à l'incision il sort un demi-verre à bordeaux de pus et une soixantaine d'oxyures. L'examen du rectum avec un spéculum grillagé ne montre aucune fistule, mais simplement de petites exulcérations superficielles, et il y a 2 centimètres de tissus interposés entre le rectum et la cavité de l'abcès ; il fallut deux séries de la vements au sublimé pour faire disparaître les oxyures rectaux.

L'auteur admet que l'abcès est dû soit à la pénétration à travers la muqueuse rectale d'une femelle chargée d'œufs, soit à l'entraînement d'œufs en grande quantité par les vaisseaux lymphatiques; un cas de contagion montre qu'il suffit de 8 jours pour que l'œuf se transforme en ver adulte.

H. L.

GAUTIER. Contribution à l'étude de la hernie diaphragmatique chez le nouveau-né (*Thèse de Paris, 1897*).

L'auteur a réuni 102 observations qui lui permettent de fixer l'histoire de cette hernie. Presque toujours avec sac et à gauche (90 0/0), elle contient le plus souvent l'intestin et l'estomac, le plus rarement le duodénum, le pancréas et le rein. Le diagnostic en est assez facile lorsqu'on y pense ; le déplacement du cœur à gauche, la sonorité intestinale d'un côté du thorax, tandis qu'on trouve de l'autre côté la tonicité pulmonaire, les phénomènes asphyxiques, etc., sont suffisamment caractéristiques. Le pronostic est très grave. Il s'agit d'une vraie monstruosité et souvent elle n'existe pas seule. L'hémicéphalie et l'hydrocéphalie sont les vices de conformation qui l'accompagnent le plus souvent. PORAK.

FRŒLICH. De l'ostéomyélite de croissance chez le nourrisson (*Rev. méd. de l'Est, 15 sept. 1897*).

L'ostéomyélite des adolescents, mieux appelée ostéomyélite de croissance, peut se rencontrer à toute époque de l'accroissement du système osseux ; mais les maxima de fréquence sont : 1° chez le nourrisson; 2° à 10 ans; 3° à 15 ans. Elle succède fréquemment à la rougeole.

Comme chez l'adulte, chez le nourrisson les lésions sont généralement

uniques. A cet âge, le diagnostic d'avec la tuberculose osseuse et articulaire aiguë est souvent difficile et nécessite l'examen bactériologique. Le pronostic n'est pas plus grave que chez l'enfant plus âgé. Comme traitement il suffit de l'incision simple, mais large. La guérison fonctionnelle est généralement parfaite. LEFLAIVE.

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

KOSERSKI. Ein Fall von Hautaktinomikose mit grossen Iodkaliumdoser behandelt (Cas d'actinomycose traité par l'iodure de potassium à hautes doses) (*Arch. für Derm.*, *XXXVIII*, *p. 163*).

Femme de 45 ans, présentant à la joue gauche une tuméfaction rouge, infiltrée, avec fistules fournissant un pus épais et jaunâtre : l'examen microscopique avec la méthode de Gram et les cultures montrent la présence de faisceaux d'actinomyces. Les hautes doses d'iodure de potassium réussirent, malgré une poussée phlegmoneuse de la joue et une aggravation d'un catarrhe préexistant du nez et de l'oreille. L'auteur admet que l'actinomycsse peut, sans le concours des microbes pyogènes communs, produire du pus. Ces microbes n'empêchent pas notablement l'actinomyces de se développer, bien au contraire. F. BALZER.

LEREDDE et E. WEIL. Étude histologique de 3 cas de mycosis fongoïde (*Arch. de méd. exp.*, *X*, *p. 124*).

L'identité du mycosis fongoïde et du lymphadénome, soutenue par Ranvier, a été généralement repoussée en Allemagne, puis dans ces derniers temps en France. Cependant, s'il est impossible de démontrer histologiquement l'identité des lésions dans les deux cas, parce qu'on ne possède encore que des notions insuffisantes sur les formes cellulaires rencontrées dans le lymphadénome, Leredde et Weil pensent que les liens entre le mycosis et la lymphadénie, le mycosis et la leucémie, démontrés par leur coexistence sur le même individu, suffisent à prouver que le mycosis fongoïde est une forme de lymphadénie cutanée.

Dans les cas même où il n'existe pas de lymphadénome limité, le mycosis peut s'accompagner de lésions ganglionnaires et viscérales, qu'il y aura lieu de rechercher à l'avenir dans de nouveaux cas. Que ces lésions s'exagèrent sur un point déterminé, elles constituent des lymphadénomes. H. BOURGES.

A. JORDAN. Sur un cas d'atrophie sénile diffuse avec hyperpigmentation de la peau (*Monats. f. prakt. Derm.*, *XXV*, *p. 373*).

Il s'agit, d'après l'auteur, d'un cas d'hyperpigmentation cutanée avec atrophie liée à un prurit sénile; les atrophies prédominent dans les

régions non soumises aux irritations que provoquent les mouvements, tandis que l'hyperpygmentation atteint son maximum d'intensité dans les parties soumises à des compressions. H. HALLOPEAU.

Cornelius BECK. Ueber die histologischen Veränderungen der Haut bei Myxœdem (*Monats. f. prakt. Derm.*, *XIV*, *p. 597*).

On observe, dans cette maladie, des processus régressifs et progressifs : les premiers se produisent dans la peau, les seconds dans la substance collagène et les fibres musculaires lisses. Dans l'épiderme, les altérations régressives se sont constituées par l'état stérile, la nécrose et la dissociation du protoplasma des cellules ; dans le derme, elles se traduisent par l'effilement des faisceaux collagènes et la formation de collastine.

Les phénomènes progressifs ont pour expression l'augmentation du tissu collagène dans la couche moyenne du derme et l'augmentation des fibres musculaires lisses dans cette même région et au-dessous ; il faut mentionner particulièrement les altérations du tissu graisseux qui semble avoir subi' une modification dans la composition de ses éléments en même temps que sa masse a augmenté. H. HALLOPEAU.

F. BALZER et MICHAUX. Gangrènes cutanées multiples chez une hystérique (*Ann. de derm.*, *IX*, *p. 53*).

Femme de 21 ans, victime, il y a 3 ans, d'une méchante farce inventée par une personne qui avait mis des cancrelats dans son lit. Ses règles s'arrêtèrent le jour même sous l'influence de la frayeur qui fut très vive. Les jours suivants, apparaissent les premiers phénomènes nerveux : tremblements, étouffements, vomissements, et bientôt une série de phénomènes cutanés. D'abord l'urticaire, l'érythème noueux, érythème avec bulles en plusieurs poussées, dont quelques-unes suivies de cicatrices chéloïdiennes, notamment sur la face dorsale de la main gauche. Au commencement de 1897, formation de plaques de gangrène : à la face inférieure du sein droit, sur la face dorsale des deux pieds, dans les deux aines. Les placards sont insensibles à la piqûre, même profonde, mais l'anesthésie ne s'étend pas très loin ; elle persiste après la cicatrisation. Pas d'hémianesthésie, jamais d'attaques convulsives. Les lésions cutanées qu'on a pu observer pendant une poussée nerveuse sur les seins évoluent dans l'ordre suivant : érythème rosé ou rouge ; formation çà et là de taches blanches ou légèrement jaunâtres qui se fusionnent et forment un placard blanc jaunâtre, qui s'étend en surface et en profondeur ; il se détache bientôt en laissant après lui une ulcération superficielle, qui saigne facilement. Parfois, il ne se produit qu'un simple décollement de l'épiderme, parfois même les lésions rétrogradent et se résolvent.

Des précautions incessantes ont été prises pour déjouer la supercherie, et les auteurs la repoussent, en se fondant sur l'évolution variée des accidents chez la malade. La production de ces lésions ne peut s'expliquer que par des troubles profonds, de l'innervation vaso-motrice. L'impression profonde produite sur la malade par le contact des cancrelats persiste toujours souvent à l'état de veille, et probablement aussi à l'état de rêve obsédant ; il peut en résulter une perturbation du système nerveux, capable de se répercuter dans une sphère déterminée de la périphérie. Il est à remarquer que les lésions occupent chez la malade les mêmes régions que chez les stigmatisée célèbres, les seins, les mains, les pieds, les aines. F. B.

MACHTOU. Sur la nature de la sclérodermie (*Thèse de Paris*, *1897*).

La sclérodermie a pour origine un trouble primordial anatomique ou fonctionnel du système nerveux, qui tient sous sa dépendance les lésions de la peau, des vaisseaux, des os et des articulations. La marche clinique de la maladie, les troubles avant-coureurs qui l'annoncent, la symétrie des lésions, l'existence des troubles cutanés sur le trajet des nerfs périphériques et radiculaires nous autorisent à supposer que cette affection a une origine radiculo-spinale, ou plutôt centrale. Les lésions microscopiques du système nerveux périphérique et central sont d'ailleurs nombreuses dans la sclérodermie. La coexistence de cette maladie avec d'autres maladies nerveuses, goitre exophtalmique, myxœdème, tabes, paralysie infantile, nous amène à penser que cette affection a probablement une origine centrale. F. BALZER.

DROUIN. Quelques cas de sclérodermie localisée à distribution métamérique (*Thèse de Paris*, *1898*).

S'il est des cas de sclérodermie localisée dont les lésions correspondent à des trajets ou à des départements anatomiques connus, ou encore à un territoire de nerf radiculaire, comme le cas de West, il en est d'autres dont la topographie ne répond ni à ces territoires nerveux, ni à la répartition du système vasculaire normal. La théorie métamérique nous permet d'interpréter ces faits et la localisation des lésions. Ces cas relèvent d'une altération ou d'un trouble permanents limités à tel ou tel métamère, soit du grand sympathique, soit de l'axe médullaire. F. BALZER.

BOWEN. Un cas de kératose folliculaire limitée à la tête et aux mains (*Ann. de derm.*, *IX*, *p. 6*).

L'auteur rapporte une observation nouvelle de kératose folliculaire (maladie de Darier), concernant une femme de 33 ans, chez laquelle les lésions cutanées étaient limitées à la tête et aux mains. L'examen histologique a montré la dilatation des follicules pileux et la présence du cône corné caractéristique avec les grains brillants décrits par Darier. La présence de la kératohyaline dans ces grains élimine l'idée de leur nature parasitaire. On peut regarder aujourd'hui comme bien établi que cette maladie est essentiellement une hyperkératose portant surtout sur le col des follicules et à laquelle convient le mieux le nom de kératose folliculaire (White). Il y a en outre un trouble de la kératinisation, c'est-à-dire parakératose en même temps qu'hyperkératose. F. BALZER.

DUCREY et RESPIGHI. Les localisations sur la muqueuse buccale de l'affection improprement appelée porokératose (*Ann. de derm.*, *IX*, *p. 1*).

Chez quatre malades affectés de porokératose, les auteurs ont pu observer trois fois des altérations de la muqueuse buccale présentant un aspect identique à celui de l'affection cutanée. Pour ces auteurs l'identité serait telle que le diagnostic des lésions buccales est possible alors

même que par hasard les lésions cutanées feraient défaut. Ce sont de petites taches arrondies ou ovalaires, limitées par une saillie linéaire très nette, d'un blanc opaque, très mince, et circonscrivant une surface d'aspect opalin. L'aspect peut d'ailleurs varier suivant la marche des lésions, marche essentiellement chronique, sur les muqueuses comme sur la peau. L'examen histologique n'a pas montré d'oblitération des orifices glandulaires, et moins encore de modifications du conduit excréteur et du corps glandulaire. Aussi les auteurs sont amenés à rejeter la dénomination de porokératose. Pour eux cette affection doit être considérée comme une entité morbide spéciale qui se rapprocherait surtout du lichen de Wilson. F. BALZER.

MONTGOMERY. A case of hereditary and continuous shedding of the finger-nails (*Journ. of cutan. and gen.-urin. dis., p. 252, 1897*).

Homme âgé de 35 ans, français, d'une bonne santé. Depuis l'enfance, il perd constamment un ou deux ongles à chaque main. Le décollement commence à la lunule et se produit d'arrière en avant, dans l'espace de 3 mois environ. L'ongle tombé est remplacé par un ongle nouveau parfaitement normal. Très souvent deux doigts sont atteints en même temps à chaque main. Le malade n'est ni eczémateux, ni psoriasique. Sa mère et ses deux oncles maternels perdaient leurs ongles comme lui. F. BALZER.

FORDYCE. Hypertrophic lichen-planus (*Journ. of cutan. and gen.-urin. dis., p. 49, 1897*).

Homme âgé de 54 ans, atteint antérieurement d'urticaire et de rhumatisme: il présente à la partie antérieure de la jambe des plaques verruqueuses de lichen plan, brunes, pigmentées, avec épaississement notable de l'épiderme. A la face inférieure du scrotum, lichen en bandes se prolongeant le long de la verge et dont l'aspect rappelle la description donnée par Kaposi du lichen moniliforme. F. BALZER.

KUSNITZKY. Ätiologie und Pathogenese der Psoriasis (*Arch. f. Derm., XXXVIII, p. 405*).

Le psoriasis peut se montrer chez des individus qui présentent d'autres affections. Selon l'auteur il peut se montrer sur les muqueuses et sur les cicatrices. La théorie parasitaire est à rejeter: la cause prédisposante est l'irritabilité anormale du système nerveux. Les arthropathies sont spéciales et diffèrent de celles du rhumatisme et de la goutte; elles dépendent elles aussi de l'irritation spinale. On a vu le psoriasis se montrer brusquement après une émotion morale; il peut d'autre part guérir spontanément et rapidement; il peut aussi être unilatéral.

L'hyperémie qui l'accompagne n'est pas inflammatoire mais due à un processus d'éréthisme vasculaire. Il y a des cas dans lesquels le psoriasis a débuté après une stimulation mécanique du point affecté; l'apparition du psoriasis peut dépendre d'un traumatisme quelconque qui atteint un territoire vasculaire correspondant à un centre spinal en état d'irritation chronique. L'avenir fera connaître l'état des ganglions vasomoteurs spinaux et de la moelle et nous apprendra s'il existe des altérations de ce côté. F. BALZER.

KRZYSZTALOWICZ. Koch's neues Tuberculin (T R) bei Lupus vulgaris (*Wiener med. Woch.*, *8 et 15 janv. 1897*).

K. a traité par la T R 13 sujets des deux sexes, âgés de 10 à 28 ans, atteints de lupus vulgaire du nez, des joues, des doigts, de la vulve, etc. les uns ayant déjà été soumis inutilement à divers traitements, les autres encore indemnes de toute intervention. Ces 13 observations sont consignées ici avec indication des doses de substance active injectées. De l'ensemble de ses cas, K. déclare ne pouvoir tirer des indications concluantes. Ils montrent cependant que si la T R n'agit pas mieux que l'ancienne tuberculine, elle est toutefois capable, sans réactions générales importantes, de provoquer la rapide guérison des ulcérations et peu à peu la disparition des infiltrats et des nodules, en un mot de guérir les foyers lupiques. Il ne peut rien dire non plus sur la durée de l'amélioration, le temps étant trop court pour permettre de conclure au non-retour offensif de la maladie. CART.

M. TRUFFI. La cura del lupus colle inezioni di calomelano (*Gazz. med. Lombarda*, *1897*).

3 cas de lupus traités par les injections de calomel; dans 2 cas, on note une réaction locale intense après la première injection; dans les 3 cas, amélioration rapide et considérable des lésions lupiques. L'auteur recommande cette méthode pour le traitement du lupus.

G. THIBIERGE.

ASSELBERGS. Action des injections de calomel dans le lupus et les affections non syphilitiques (*Ann. de derm.*, *IX*, *p. 10*).

L'auteur a traité 25 cas de lupus ; les injections de 5 centigr. de calomel étaient faites dans la région fessière tous les 10 jours en moyenne, au début, et plus tard à des intervalles plus grands. Dans 23 cas sur 25, la maladie a subi une modification variable, depuis la simple réduction jusqu'à la disparition complète de tous les éléments lupiques. L'action du calomel se manifeste dans les premières injections, surtout pour les cas de lupus tuberculo-ulcéreux et turgescent, beaucoup moins pour les autres formes. L'auteur croit que les injections de calomel peuveut être utilement associées aux autres méthodes de traitement. D'une manière générale elles produisent une régression dans les processus d'exsudation et d'infiltration lymphatique. L'auteur a pu le constater non seulement dans le lupus, mais aussi dans l'ulcus rodens, l'épithelioma, l'éléphantiasis. F. BALZER.

PAVIE. De l'action curative des injections de calomel dans la tuberculose cutanée (*Thèse de Paris*, *1897*).

L'auteur rapporte un certain nombre de faits observés dans le service de Fournier et qui montrent que le calomel, en injections intra-musculaires profondes, agit sur les ulcérations tuberculeuses et en particulier

sur le lupus. Toutefois, en raison des récidives qui se produisent et des résultats incomplets, les injections de calomel ne doivent pas être employées d'une manière régulière, mais seulement à titre de méthode adjuvante et à titre d'exception. F. BALZER.

STIEKER. Mittheilungen über Lepra..... (Sur la lèpre, d'après des observations faites aux Indes et en Égypte) (*Münch. med. Woch.*, *28 sept. 1897*).

Le point par lequel les lépreux émettent des bacilles de la lèpre, pendant la plus grande durée de leur maladie, c'est le nez. A côté du mucus nasal, les crachats peuvent aussi être considérés comme porteurs du germe morbide, rarement ils proviennent des humeurs des ulcères lépreux cutanés : pratiquement, on doit considérer toutes les autres excrétions comme peu importantes au point de vue de la transmission. Le point où débute la lèpre chez l'individu sain est presque sans exception le revêtement muqueux de la portion cartilagineuse de la cloison des fosses nasales. Elle débute comme la morve chronique ; c'est au début une affection du nez, comme la syphilis est au début une affection génitale et comme la tuberculose au début est une maladie du sommet du poumon.

C. LUZET.

MENAHEM-HODARA. Zwei Fälle von Neurolepriden (*Monats. f. prakt. Derm.*, *XXV*, *p. 205*).

L'auteur constate, comme l'avait fait Unna, que l'on ne trouve pas le bacille de Hansen dans les neuro-léprides qui ne sont pas liées à des embolies bacillaires; il ajoute que dans les foyers d'infiltration péri-vasculaires on constate la présence de cellules géantes. H. HALLOPEAU.

CALDERONE. Tossicita dell' urina e del sangue dei leprosi (*Giorn. ital. d. mal. vener.*, *XXXII*, *p. 556*).

L'auteur a repris cette question déjà traitée par plusieurs auteurs français et italiens. De toutes ses expériences, il résulte nettement que dans la lèpre les poisons n'existent dans le sang qu'en faible quantité. Il en est de même pour les urines, qui sont même moins toxiques que celles des individus sains. Toutefois l'auteur a pu observer que le sérum du sang lépreux produit des troubles importants sur les organes ou les tissus animaux, pour peu qu'on élève les doses injectées. Ces troubles sont plus considérables si le sérum est très frais. F. BALZER.

DARIER. Recherches anatomo-pathologiques et bactériologiques sur les taches érythémato-pigmentaires de la lèpre (*Ann. de derm.*, *VII*, *p. 1230*).

Les macules ou taches de la lèpre nerveuse, tuberculeuse ou mixte, constituent une espèce nosographique unique, quelle que soit leur apparence clinique, érythémateuse, pigmentaire, érythémato-pigmentaire, infiltrée ou non. Les lésions histologiques consistent en une infiltration de cellules qui forment des manchons autour des vaisseaux du derme et

de ses annexes. Ces cellules sont surtout des cellules conjonctives hypertrophiées à plusieurs noyaux, à protaplasma dégénéré; on trouve aussi des lymphocytes, des leucocytes, très peu de plasmazellen et de mastzellen; l'épiderme est d'une intégrité remarquable. Les taches contiennent des bacilles ordinairement nombreux et démontrables dans la grande majorité des cas; par une série de gradations, elles se rapprochent des lipomes en nappe, et sont de même nature. Leur évolution est commandée par des conditions de virulence de la graine ou de résistance du terrain qui nous échappent et sur lesquelles on ne peut rien dire de certain. F. BALZER.

GRAVAGNA. Sulla sarcomatosi cutanea idiopatica (*Giorn. ital. d. mal. vener., XXXII, p. 764*).

A l'occasion d'un cas d'angiosarcome multiple de la peau, des membres inférieurs et de divers points du corps, l'auteur a institué des recherches qui lui ont donné des résultats négatifs, d'abord sur la présence de microbes dans le sang et sur la recherche des blastomycètes. Les inoculations chez les animaux n'ont pas non plus donné de résultats, ainsi que celles du pouvoir toxique de l'urine. Il en conclut que nous ne sommes pas encore fixés sur la pathogénie de cette variété de tumeurs. Les injections de solution arsenicale n'ont eu aucun effet. F. BALZER.

C. NICOLLE et A. HÉBERT. Sarcomes cutanés multiples; guérison par les injections interstitielles d'acide arsénieux (*Normandie méd., 1er sept. 1897*).

Homme de 32 ans, non syphilitique, présentant sur différents points du corps (membres et tronc) 16 petites tumeurs cutanées, dures, élastiques et indolores; la peau offre une teinte brune ou violacée. Pas d'engorgement ganglionnaire. Pas d'autres lésions. Traitement interne par frictions mercurielles et K I (2 gr.) : Traitement externe par injection d'acide arsénieux deux fois par semaine dans chaque tumeur (8 milligr. d'acide arsénieux environ à chaque séance). Au bout de trois semaines disparition de certaines tumeurs; diminution notable des autres.

Le traitement interne est suspendu et le traitement externe continué pendant près de 2 mois, époque à laquelle la guérison est complète. Pas de récidive au bout de 3 mois. OZENNE.

Thomas SECCHI. Ueber die pathogene Wirkung der Blastomyceten und ihre Bedeutung in der Ätiologie der Neubildungen (*Monats. f. prakt. Derm., XIV, p.554 et XV, p. 611*).

Après avoir analysé les nombreux travaux italiens qui ont été publiés récemment sur cette question, l'auteur arrive à cette conclusion que, ni la clinique, ni les réactions sous l'influence des matières colorantes, n'autorisent à dénier le caractère parasitaire aux formes hyalines semblables par leurs caractères morphologiques aux blastomycètes : tout plaide au contraire en sa faveur. H. HALLOPEAU.

SABOURAUD. Pathogénie et traitement de l'impétigo (*Arch. de méd. de l'enf., janv. 1898*).

L'auteur considère l'impetigo comme l'ensemble des lésions dues à l'inoculation intra-épidermique des staphylocoques, et en particulier du staphylocoque doré; c'est à ce même microbe qu'il rattache les blépharites ciliaires, les kératites phlycténulaires, la rhinite chronique, la perlèche, l'orgeolet; il rejette la théorie de la diathèse lymphatique. Les caractéristiques ne sont, selon lui, que fonctions de staphylococcie, ses altérations sont des lésions d'impetigo chronique actuel. L'enfant a l'aspect du strumeux quand il a traversé des poussées successives d'impetigo, et c'est le reliquat chronique qui en entretient la permanence.

Il préconise un produit de la vieille pharmacopée l'eau d'Alibour qui renferme 2 grammes de sulfate de cuivre et 7 grammes de sulfate de zinc pour 200 grammes d'eau, additionnée de camphre et de safran (0gr, 40), mais il ne l'emploie qu'étendu au tiers, en lotions permanentes ou en applications. H. LEROUX.

PANICHI. Contributo allo casistica dell' acne bromica (*Giorn. ital. d. mal. vener., XXXII, p. 559*).

L'auteur rapporte deux observations d'acné bromique, à l'occasion desquelles il a étudié le siège du processus inflammatoire : il occupe surtout la périphérie des vaisseaux et des glandes de la peau. Celles-ci présentent des dilatations ampullaires, aussi bien les glandes sudoripares que les glandes sébacées. L'auteur a pu constater la présence du brome dans les sécrétions de la peau, et il admet que son élimination a lieu par les deux espèces de glandes. Il attribue le processus inflammatoire à l'irritation exercée par le brome pendant son élimination par les glandes. Le pus contient des staphylocoques pyogènes et des microbes accidentels sans importance. F. BALZER.

LUITHLEN. Pemphigus vulgaris und vegetans..... (Pemphigus vulgaire et végétant avec considérations sur la formation des bulles et les altérations du tissu élastique) (*Arch. f. Derm., XL, p. 37*).

La première observation concerne une femme âgée de 43 ans, atteinte de pemphigus aigu vulgaire avec nombreuses poussées successives. La malade guérit très bien et sortit de l'hôpital en bonne santé. La seconde observation concerne une femme de 60 ans, atteinte de pemphigus avec amaigrissement et dans laquelle les bulles très tendues, très congestionnées, parfois hémorragiques, se recouvraient de croûtes. Une de ces bulles fut excisée pour l'examen histologique : celui-ci montre le décollement total du réseau de Malpighi y compris la couche des cellules basales ; les cellules du réseau ne persistent que dans les espaces interpapillaires. Ce sont ces restes du réseau qui sont le point de départ de la réparation intégrale de l'épiderme. Les fibrilles élastiques qui contribuent à faire adhérer le réseau de Malpighi au derme sont altérées et dégénérées au moment où se produit l'exsudation qui va constituer la bulle, et il en résulte un décollement facile des cellules du réseau à la surface des papilles. Ce processus se passe de la même façon

dans les deux formes de pemphigus vulgaire et végétant, qui d'ailleurs, suivant Kaposi, sont à peu près identiques cliniquement. F. BALZER.

H. BLAISE. L'ulcère phagédénique des pays chauds en Algérie (*Gaz. hebd. Paris, 10 oct. 1897*).

Les convoyeurs kabyles employés à l'expédition de Madagascar ont été en grand nombre atteints par l'ulcère phagédénique des pays chauds. A leur retour ils ont, par contagion, causé l'apparition de quelques cas dans la population indigène, et même européenne.

Dans les coupes de l'ulcère récent on trouve, associés à des bactéries vulgaires, des éléments microbiens spéciaux, les uns droits, les autres incurvés, présentant plus ou moins la forme spirillaire. Dans les coupes d'ulcère ancien, récidivé, ces microbes spéciaux diminuent de nombre, ne forment plus une couche épaisse, parallèle à la surface, mais sont disséminés en groupes et sont mélangés à des bactéries vulgaires. Quand l'ulcère est presque cicatrisé, les bactéries spéciales disparaissent et la lésion semble perdre toute spécificité. LEFLAIVE.

MENAHEM HODARA. De la fibrillation épithéliale dans le développement des nævi et des carcinomes alvéolaires (*Monats. f. prakt. Derm., XXV, p. 205*).

Pour les naevi, l'auteur confirme la manière de voir d'Unna : comme lui il admet que leurs éléments cellulaires proviennent de l'épiderme et que leurs fibrilles ont entièrement disparu; dans le carcinome alvéolaire, il constate également cette défibrillation dans les éléments dégénérés; par contre, il retrouve les fibrilles dans les cellules en activité.

H. HALLOPEAU.

AUBRY. Contribution à l'étude des doctrines pathogéniques et de la thérapeutique de la pelade (*Thèse de Paris, 1897*).

L'auteur admet deux variétés de pelade, l'une due à la présence d'un parasite agissant sur la papille pilaire ; l'autre d'origine trophoneurotique. Au point de vue du traitement, les deux variétés peuvent être confondues jusqu'à présent et les méthodes thérapeutiques qui leur sont applicables sont les mêmes. Le traitement doit être institué de bonne heure, en vue de combattre les contagions possibles. Il faut éviter les substances trop irritantes, capables de provoquer des suppurations, et quelquefois une alopécie définitive. Les substances employées doivent être à la fois parasiticides et excitantes de manière à stimuler l'activité des follicules pileux. L'auteur passe en revue les médications principales prescrites par les auteurs, et expose les mesures de prophylaxie auxquelles le malade doit se soumettre pour les autres et pour lui-même.

F. BALZER.

FRISCO. Sulle dermatosi nelle autointossicazioni e nelle intossicazioni batteriche sperimentali (*Giorn. ital. d. mal. vener., XXXII, p. 545*).

Il existe un rapport pathogénique entre quelques dermatoses et

les poisons qui, physiologiquement ou pathologiquement, se forment dans l'organisme animal. Ce rapport existe non seulement pour les poisons qui peuvent se former dans le tube gastro-intestinal, mais aussi pour ceux qui se forment dans les tissus, ou pour certains poisons bactériens qui peuvent contaminer l'organisme dans les maladies infectieuses. Tous les individus, même de la même espèce, par exemple les lapins, ne réagissent pas également sous l'action lente, fractionnée de ces poisons, mais quelques-uns s'immunisent, d'autres succombent plus ou moins vite, et d'autres enfin au bout d'un temps plus long présentent des lésions cutanées typiques. Les toxidermies, selon les altérations anatomiques rencontrées dans la peau et le système nerveux central et périphérique, doivent être considérées comme l'expression tant d'un trouble trophique général, que d'un trouble trophique local de la peau elle-même. F. BALZER.

CATHELINEAU. Note sur 18 cas d'accidents provoqués par une teinture pour cheveux à base de chlorhydrate de paraphénylènediamine (*Ann. de derm., IX, p. 63*).

La teinture employée par les malades est contenue dans deux flacons, l'un contient une solution aqueuse ou légèrement alcoolique de paraphénylène diamine, l'autre contient de l'eau oxygénée. Celle-ci est appliquée quelques instants après la première, et l'on ne tarde pas à obtenir une teinture noire des cheveux plus ou moins foncée. Cette manœuvre détermine des picotements intenses des yeux et du côté du cuir chevelu. Chez les sujets prédisposés il se produit des érythèmes ou des dermatites artificielles squameuses parfois très étendues, qui durent deux ou trois semaines et sont quelquefois suivies de poussées nouvelles. F. BALZER.

UNNA. Sur l'ichtyol (*Monats. f. prakt Derm., XXV, p. 533*).

L'auteur a expérimenté l'un des corps qui entrent dans la composition de ce produit, celui qu'il dénomme ichtyol-sulfolné ; il lui a reconnu un pouvoir réducteur au point de vue thérapeutique aussi bien qu'au point de vue chimique ; c'est un médicament utile, comparable, avec une action moindre, à la chrysarobine. A. HALLOPEAU.

A. FOURNIER et Ed. FOURNIER. Traité de la syphilis, Tome Ier (*Paris, 1898*).

Ce premier volume comprend l'étude de la syphilis primaire et secondaire. L'auteur débute en disant que la définition vraie de la syphilis ne pourra être donnée que lorsqu'on aura reconnu son agent pathogène. Il maintient l'ancienne division de la maladie en périodes primaire, secondaire et tertiaire et ajoute qu'il faut aujourd'hui faire une place nouvelle et considérable aux affections parasyphilitiques ; le pronostic de la syphilis, dit-il, dans ce qu'il a de plus sérieux et de plus irrémédiable, réside dans les affections parasyphylitiques.

Le second chapitre contient l'étude du contage et de la contagion syphilitique et particulièrement l'étude du contage dans le sang, dans les manifestations d'ordre secondaire et tertiaire, la durée de la contagion, ses modalités variables, etc.....

Au chancre syphilitique est consacrée environ la moitié de ce premier fascicule ; nous avons à signaler particulièrement la description du bubon satellite du chancre, le diagnostic général du chancre, à l'état naissant, à l'état adulte, le chancre ulcéreux et son diagnostic avec le chancre simple, la coexistence possible des deux chancres. Les diverses variétés de chancre génital syphilitique chez les deux sexes, les chancres extra-génitaux sont l'objet de descriptions très documentées.

Nous signalerons particulièrement les chapitres relatifs aux complications du chancre, l'inflammation, la gangrène, le phagédénisme. L'auteur décrit deux formes de phagédénisme : 1° la forme gangréneuse dans laquelle le chancre s'étale et se creuse par une série d'escharifications successives ; 2° la forme rouge ou inflammatoire dans laquelle l'ulcère progresse par une fonte moléculaire des tissus. Cette forme peut être très superficielle, érosive même. Le phagédénisme syphilitique diffère du phagédénisme chancrelleux par deux caractères : il est de courte durée, il n'est pas extensif, il reste régional, ne s'inocule pas dans le voisinage, et ne devient pas ambulant, ni serpigineux. Il faut distinguer ces variétés bien caractérisées de certains cas graves dans lesquels le chancre est infecté par des agents septiques qui lui donnent un caractère gangréneux et s'accompagnent de symptômes généraux d'infection. La description des accidents posthumes du chancre, c'est-à-dire le chancre redux et le chancre pseudo-gommeux, causés par l'ulcération et la fonte de l'induration consécutive à la cicatrisation, terminent l'étude de la période primaire.

Dans la période secondaire, signalons surtout la description de l'état général et des trois types principaux assignés aux syphilitiques : type anémique, type asthénique ou nerveux, type dénutritif conduisant à la cachexie. Ce sujet amène l'exposé des recherches hématologiques et des types divers de l'anémie syphilitique : anémie simple, chloro-anémie avec ou sans leucocytose, anémie pernicieuse.

Dans la description des syphilides secondaires, l'auteur admet cinq groupes : S. de modalité érythémateuse ; S. de modalité papuleuse ; S. de modalité subulcéreuse ; S. secondaires malignes ; S. pigmentaire. Il nous est impossible d'entrer dans le détail des descriptions si pittoresques des nombreuses variétés de syphilides : nous signalerons surtout les remarquables chapitres de la roséole, des syphilides papulo-granuleuse, psoriasiforme, le diagnostic des exanthèmes syphiloïdes palmaires et plantaires, etc.....

Le premier fascicule se termine par l'étude de la syphilide pigmentaire, de l'onyxis et périonyxis et de l'alopécie syphilitique. Certes il ne s'agit, comme on le voit, dans cette première partie de l'ouvrage que de sujets maintes fois traités et pourtant le lecteur sera étonné comme nous de la multiplicité des données nouvelles ou encore peu connues que l'auteur a su mettre en relief. Il est impossible d'imaginer une exposition plus méthodique, plus claire, et en même temps plus rigoureusement scientifique. Ce livre, qui convient à tous à cause de ses précieuses qualités, condense d'une manière remarquable toute l'œuvre d'Alfred Fournier.

F. BALZER.

COLLARD. Les grands entr'actes de la syphilis (*Thèse de Paris, 1897*).

La syphilis tertiaire peut rester latente pendant des périodes considérables qui varient entre 20 et 67 ans, chiffre extrême observé : ce sont là les grands entr'actes de la syphilis. On peut évaluer à 1 pour 20 le nombre de ces faits constatés, mais cette statistique est au-dessous de la vérité. La réapparition des accidents est quelquefois due à un traumatisme, mais le plus souvent se produit sans cause connue. Dans quelques cas, elle est le signal d'une série nouvelle d'accidents, si le traitement n'intervient pas. F. BALZER.

GROEN. Studier over gummos syphilis (*Norsk magazin for Lægevidenskaben, oct. 1897*).

La définition donnée par Ricord de la syphilis tertiaire est contestable au point de vue de la chronologie ; l'auteur préfère la désignation de syphilis gommeuse. Il rapporte deux observations qui montrent qu'elle est encore transmissible dans une période très avancée. Il sépare le tabes et la paralysie générale de la syphilis gommeuse, et il en sépare aussi la syphilis maligne. Il a dressé un tableau comprenant 36,757 cas de syphilis, dont 4,340 de syphilis gommeuse, soit 11, 8 pour 100. La statistique de l'hôpital de Christiania donne à peu près les mêmes résultats. L'auteur fait remarquer à ce propos que le traitement de la syphilis en Norvège se fait sans mercure ; et pourtant les résultats ne sont pas plus mauvais qu'ailleurs et la proportion de cas de syphilis gommeuse est même inférieure à la moyenne générale.

D'après les matériaux qu'il possède, sur 411 cas, l'auteur trouve 15 cas pour 100 dans la seconde année, 14,6 dans la troisième et 13,3 dans la première. Dans 18 cas, les éruptions gommeuses ont paru après 20 ans ; dans 1 cas, 36 ans après l'infection.

Sur 543 manifestations diverses, l'auteur trouve 50,4 $^0/_0$ pour la peau ; 27,2 $^0/_0$ pour les muqueuses ; 7,9 $^0/_0$ pour les os et 9,8 $^0/_0$ pour le système nerveux.

Dans 162 autopsies, l'auteur a trouvé 306 localisations de syphilis viscérale. Ce sont les endartérites qui occupent la première place ; 76,6 $^0/_0$ pour les hommes et 49,1 pour les femmes. Viennent ensuite les affections rénales 38,3 $^0/_0$ pour les hommes et 34,5 pour les femmes ; celles du foie, hommes 19,7 $^0/_0$, femmes 29,1 $^0/_0$; les affections du cerveau, non comprises les endartérites cérébrales, hommes 17,2 $^0/_0$, femmes 10,9 $^0/_0$; les affections de la rate, hommes 10,3 $^0/_0$, femmes 12,7 $^0/_0$.

Dans l'étiologie, le sexe, l'âge ne jouent pas un grand rôle. Il en serait de même pour la scrofule et la tuberculose. L'auteur écrit aussi qu'on exagère l'influence fâcheuse de l'alcoolisme. Il admet au contraire l'aggravation par la misère. L'infection extra-génitale n'a pas d'influence et il en serait de même du phagédénisme de l'accident initial. L'auteur n'a constaté ni plus de fréquence, ni plus de précocité chez les malades traités sans mercure, que chez ceux auxquels on a abministré le mercure sous diverses formes. F. BALZER.

LECOUNT. Gummata of the heart in a case of congenital syphilis (*Journ. Amer. med Ass., 22 janv. 1898*).

Enfant du sexe masculin, à terme, mort-né. Syphilis congénitale, nodules syphilitiques des poumons, ostéo-chondrite syphilitique, syphilide papuleuse, abcès multiples du thymus, hyperémie du foie et de la rate. Gommes du cœur. Examen de ce viscère : sur la face antérieure, entre la base et la pointe, comprenant cette portion de la paroi ventriculaire qui fait face vers la gauche se trouve une aire de couleur blanche, de forme circulaire, de 1 centimètre de diamètre, dont les bords fusionnent graduellement avec le myocarde ambiant, l'épaisseur entière du muscle cardiaque étant envahie par le processus. Sur la face diaphragmatique non loin du bord droit du cœur, se trouvent 3 aires de même nature mais plus petites. L'examen histologique démontrait l'existence de foyers multiples de myocardite interstitielle avec invasion leucocytique, de zones, de dégénérescence du muscle cardiaque et l'apparition de cellules multinucléaires réunies en aires d'étendue limitée à l'œil nu, d'apparence ramollie en un mot, de gommes. CART.

J.-V. HJELMANN. La leucodermie syphilitique (*Finska läkar. handlingar, oct. 1897*).

La leucodermie syphilitique peut se développer directement après un exanthème. Dans les leucodermies postpapuleuses et postmaculeuses, l'épiderme est plus ou moins atrophié, les vaisseaux du derme en partie oblitérés et atrophiés. Des infiltrations cellulaires se trouvent dans les papilles, dans la couche souspapillaire et surtout autour des vaisseaux. La pigmentation du derme a disparu à un plus haut degré que celle du rete.

Indépendamment de l'atrophie pigmentaire, les exanthèmes syphilitiques peuvent être suivis d'une hyperpigmentation diffuse : il y a alors beaucoup de pigment récent dans le derme et une légère infiltration cellulaire périvasculaire dans les papilles et dans les couches souspapillaires. Cette syphilis pigmentaire peut à son tour se transformer en leucodermie.

Les leucodermies postpapuleuses et postmaculeuses ont, du moins dans certains cas, le même aspect macroscopique que celles de la syphilis pigmentaire et même le microscope ne donne pas toujours l'explication de l'origine de la leucodermie.

Les rapports et la répartition du pigment dans ces troubles de pigmentation font croire à l'origine hématogène du pigment de la peau et à sa formation dans le derme. H. FRENKEL.

RASH. Ueber die sogenannte diphtheroïde Form des venerischen Geschwürs auf dem Cervix uteri (Forme diphtéroïde de l'ulcère du col utérin) (*Arch. f. Derm., XXXIX, p. 17*).

L'ulcère du col se présente sous la forme d'éminences papuleuses, groupées et confluentes, à surface granuleuse, de coloration jaunâtre, à bords sinueux, polycycliques. La sécrétion du vagin est purulente. L'examen microscopique montre dans la muqueuse une infiltration de petites cellules, sans trace de néoformation épithéliale. Il n'a pas pu trouver le bacille de Ducrey. F. BALZER.

LAMBERT. La sérothérapie dans la syphilis (*Thèse de Paris, 1897*).

Deux procédés semblent actuellement sans valeur : l'injection de sérum provenant d'animaux sains, et l'injection provenant de syphilitiques arrivés à une période plus ou moins avancée de leur affection. On peut espérer davantage du procédé qui consiste à injecter le sérum provenant d'animaux chez lesquels on avait tenté préalablement de développer des antitoxines en leur inoculant du sang de syphilitique à la période secondaire ou des lésions nettement contagieuses, telle que le chancre ou les papules. Toutefois les faits publiés jusqu'ici démontrent qu'on ne possède pas encore ce sérum. F. BALZER.

VARET. Recherches sur le rôle des sels doubles dans les transformations des sels de mercure dans l'organisme (*Thèse de Paris, 1897*).

L'acide chlorhydrique et les chlorures de l'organisme transforment les acétates, picrates, azotates, sulfates, de mercure en chlorures mercureux ou mercuriques suivant la nature du sel de mercure employé. Il en est de même pour les oxydes de mercure qui sont amenés à l'état de chloromercurates de sodium, de potassium, d'ammonium, etc... Les chlorures en solutions étendues n'exercent pas d'action notable à froid sur les bromures, cyanures et iodures de mercure. L'acide chlorhydrique seul en solution étendue n'agit pas sur le cyanure de mercure ; en présence des chlorures, comme cela est réalisé dans l'estomac, cet acide met en liberté de l'acide cyanhydrique, et il y a formation d'une dose équivalente de sublimé. Certaines formules proposées pour les injections sous-cutanées, notamment le benzoate de mercure solubilisé par le chlorure de sodium, ne contiennent pas trace de benzoate de mercure, et renferment du sublimé, du chlorure et du benzoate de sodium.

Les bromures agissent comme les chlorures, et ils transforment le sublimé en bromure mercurique.

Les iodures transforment tous les sels de mercure en iodure. La transformation est totale, excepté pour le cyanure en liqueur neutre. Dans ce dernier cas il se fait un iodocyanure qui renferme la moitié de son mercure combiné à l'iode et l'autre moitié au cyanogène. En liqueur acide un excès d'iodure amène tout le mercure à l'état d'iodure. Dans le cas des sels mercureux, ces derniers sont décomposés et la moitié de leur mercure est précipité à l'état métallique. F. BALZER.

KRZYSZTALOWICZ. Ueber Hœmolum hydrargyro-jodatum (*Arch. f. Derm., XL, p. 163*).

L'auteur n'est pas partisan du traitement précoce de la syphilis. Dans les premiers mois, de la syphilis, il se borne à tonifier le malade autant que possible. Il a essayé l'hemol hydargyro-iodé de Rille qu'il donne à la dose de $0^{gr},30$ à $0^{gr},60$ par jour, en pilules. Cette préparation est bien tolérée en général, mais n'est pas mieux supportée par les anémiques que les autres préparations mercurielles. F. BALZER.

B. TARNOWSKY et S. JACOWLEW. Traitement de la syphilis par le sérum d'animaux mercurialisés (*Arch. russes de pathol., 31 déc. 1897*).

Les injections du sérum de poulains mercurialisés n'exercent aucune action thérapeutique sur l'évolution de la syphilis, à une période quelconque de cette affection.

Ces injections provoquent dans les 4/5e des cas une fièvre accompagnée d'une poussée de purpura, d'arthralgies et de myalgies, d'albuminurie, d'adénopathies, avec amaigrissiment des malades.

Elles sont suivies d'une altération du sang des malades consistant en diminution d'hématies et de globules blancs, en diminution de l'hémoglobine et de la densité du sang.

Qu'on se serve du sérum de cheval ou de poulain mercurialisés, cette méthode de traitement doit être rejetée comme inutile et comme nuisible.

H. FRENKEL.

SPRECHER. Cura antisifilitica intensa di inezioni di calomelano (*Giorn. ital. delle mal. vener., XXXII, p. 786*).

L'auteur rapporte l'observation d'un jeune syphilitique auquel furent injectés, en 6 jours, 80 centigrammes de calomel. Cette dose excessive fut injectée par un étudiant à son camarade désespéré de voir survenir pour la troisième fois une éruption syphilitique pustuleuse. Les injections furent suivies de graves phénomènes d'intoxication qui ne furent conjurés que grâce au curetage du foyer d'injection. Les accidents syphilitiques avaient cédé à cette cure trop énergique et n'ont pas reparu depuis deux ans.

F. BALZER.

E. EPSTEIN. Ueber die Haufigkeit der Lungembolien nach Injectionen ungelöster Quecksillberspräparate (Fréquence des embolies pulmonaires aprés les injections de préparations mercurielles insolubles (*Arch. f. Derm., XL, p. 262*).

L'auteur a relevé à ce sujet la statistique de hôpital de Breslau. De 1892 à 1896, il trouve un cas d'embolie pour 1752 injections faites à des hommes, un cas pour 1090 injections faites à des femmes, et un cas pour 1185 injections relevées sans distinction des sexes. Il n'y a pas eu de cas mortel. Les injections sont faites dans le quart supérieur de la fesse où les veines sont plus rares. Les injections ont été faites principalement avec le salicylate et le thymol-acétate de mercure. L'auteur conclut que la crainte de l'embolie pulmonaire ne doit pas empêcher l'emploi de la méthode des injections de préparations mercurielles insolubles.

F. BALZER.

H. BRIN. Accidents laryngés mortels au cours du traitement antisyphilitique (*Soc. anat. Paris, p. 93, 21 janv. 1898*).

Homme de 40 ans, entré à l'hôpital pour une tumeur de la cuisse avec traces de gommes ulcérées ; liqueur de van Swieten et 3 à 5 grammes KI par jour. La tumeur diminue rapidement lorsqu'au bout de 3 semaines survient un accès violent de suffocation ; 2e crise, le lendemain, qui amème la mort en quelques secondes.

A l'autopsie infiltration diffuse œdémateuse du larynx avec petits points purulents; pus épais dans la trachée. L'œdème va jusqu'aux parois pharyngées.

A. CARTAZ.

GOLDFARB-LOTZ. Inconvénients de l'emploi de l'airol (*Monats. f. prakt. Derm., XXV, p. 618*).

On dit généralement, dans les articles consacrés à ce médicament, qu'il n'exerce aucune action irritante; l'auteur s'inscrit en faux contre cette manière de voir: plusieurs fois, il a constaté que l'airol, appliqué en poudre sur des chancres simples, a déterminé, dans leur voisinage, des lésions irritatives et particulièrement, dans deux cas, la production de bulles; les malades ont accusé de vives souffrances, avec insomnie.

H. HALLOPEAU.

S. GIOVANNINI. Ueber das Desinfectionsvermögen des Chinisols (Le pouvoir désinfectant du chinosol) (*Deutsche med. Woch., p. 585, 9 sept. 1897*).

Les propriétés antiseptiques du chinosol seraient presque égales à celles du sublimé et 40 fois plus actives que celles de l'acide phénique; d'autre part, il est très peu toxique, il était donc intéressant de savoir si, dans la pratique, cet agent pouvait remplacer le sublimé et l'acide phénique pour la prophylaxie du chancre mou. G.., expérimentant sur des maladies de bonne volonté, leur faisait une petite plaie à la cuisse, infectait cette plaie avec le pus d'un chancre génital du même sujet, et peu de temps après appliquait sur la plaie la solution de chinisol.

Les solutions employées étaient à 1 pour 1,000, 1 pour 500, 1 pour 100, 2, 3 et 5 pour 100; aucune de ces solutions n'a réussi à désinfecter la plaie et à empêcher la formation de l'ulcère chancreux. Les solutions à 3 et à 5 pour 100 ont eu cependant une influence retardante car, au lieu de se former dans les 5 jours, l'ulcère ne s'est produit que le 7me. La présence du bacille de Ducrey avait été constatée dans tous les cas. La solution de sublimé à 1 pour 4,000 appliquée pendant 5 minutes une heure après l'infection et la solution à 1 pour 1,000 appliquée une minute pendant les huit premières heures après l'infection empêchent absolument la formation du chancre. La solution à 5 0/0 d'acide phénique appliquée 10 minutes après l'infection pendant une durée de 5 minutes jouit des mêmes propriétés que la solution mercurielle.

H. DE BRINON.

THORN. Behandlung der Leistenbubonen..... (Traitement des bubons inguinaux par le benzoate de mercure (*Deutsche med. Woch., suppl. p. 49, 5 août 1897*).

La plupart des bubons traités par T. étaient déjà fluctuants. Le pus est aspiré avec une canule large, le benzoate de mercure est injecté à la dose de 2 à 4 centimètres cubes (la solution employée est à 1 0/0); les jours suivants, on constate la formation d'une vaste poche fluctuante, on aspire encore une ou deux fois le pus, on renouvelle l'injection, on applique un bandage compressif sous lequel tout disparaît dans un intervalle variant de 1 à 7 semaines.

Le principal avantage du traitement est la suppression de la douleur de l'incision et la diminution de la durée du repos au lit, les malades restant couchés tout au plus le jour de l'injection et pouvant reprendre leur travail dès le lendemain. H. DE BRINON.

R. KREFTING. Sur les bubons virulents et le bacille du chancre mou (*Norsk Mag. déc. 1897*).

En 1895 et 1896, Kr. a traité 143 cas de chancre mou, dont 27 compliqués de bubons nécessitant une incision. Sur les 27 cas, 7 étaient inoculables et tous 7 présentaient en même temps le bacille du chancre mou ; dans les 20 cas non virulents, le pus des bubons fut trouvé stérile tant à l'examen direct qu'après essais de culture. H. FRENKEL.

HEIMANN. Further studies on the gonococcus (*Med. Record, 15 janv. 1898*).

De nouvelles expériences ont amené H. aux conclusions suivantes :

Le gonocoque peut être maintenu vivace sur certains milieux de cultures liquides jusqu'à 82 jours. Le gonocoque peut probablement être transplanté indéfiniment d'un milieu de culture sur un autre. Dans 15 cas d'urétrite chronique, cliniquement considérés comme guéris, on ne trouvait plus de gonocoque ni sur les préparations ni sur les cultures. Les prétentions de Straus, Pescione et Eraud, que le gonocoque peut exister dans l'urètre normal ne semblent pas suffisamment prouvées par leurs publications. La gonococcie rectale peut souvent être diagnostiquée par un examen minutieux. Dans deux cas sur quatre, le diagnostic bactériologique fut possible. L'arthrite gonococcique peut suivre l'ophtalmie des nouveau-nés. L'inoculation des gonocoques sur des yeux de lapins et chats nouveau-nés eurent des résultats négatifs. CART.

HANSTEEN. Veireiterung der Leistendrüsen durch den Gonococcus (Suppuration des ganglions inguinaux par le gonocoque) (*Archiv f. Derm., XXXVIII, p. 397*).

Dans un cas l'auteur a réussi à montrer, par l'examen microscopique et bactériologique, que la suppuration de l'adénite inguinale était produite par le gonocoque. Un second cas fut douteux, malgré l'apparence assez nette de diplocoques contenus dans le pus ; les cultures ne réussirent pas. Dans un troisième cas, les diplocoques ne furent trouvés que dans un trajet fistuleux du pli de l'aine. F. BALZER.

CALLARI. Sulla dermoterapia della blennorragia (*Giorn. ital. d. mal. vener. XXXII, p. 674*).

L'auteur a employé des solutions chaudes de 40° à 43°, pendant 15 à 20 minutes environ. Il a pu vérifier que la température dans les tissus périutéraux s'élevait jusqu'à 39° et 41°,9. La solution qui agit le mieux

est celle de sulfate de zinc de (0gr50 à 2 grammes 0/00), celle de tannin (0gr50 à 2 grammes 0/00), de permanganate de potasse (0gr25 à 1 gramme 0/00) pour l'urétrite antérieure ; pour l'urétrite postérieure ou pour la vulvo-vaginite, le sous-nitrate de bismuth (5 à 8 grammes 0/00) ou le permanganate de potasse. La chaleur tue les microbes et augmente la résistance des tissus ; toutefois il est nécessaire d'ajouter à l'eau les substances médicamenteuses qui sont utiles par leur action astringente et en facilitant la réparation des tissus. F. BALZER.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

PITRES et RÉGIS. Obsession de la rougeur (ereutophobie) (*Arch. de neurol., p. 1, janv. 1897*).

La rougeur émotive peut, dans certains cas, devenir le point de départ d'un état d'esprit particulier allant jusqu'à l'obsession, à la phobie. Les auteurs distinguent à cet égard trois degrés : l'éreuthose simple, l'éreuthose émotive et l'éreuthose obsédante. Au premier degré, il s'agit de gens qui rougissent très facilement. Au second, non seulement ils rougissent facilement, mais ils s'en tourmentent plus ou moins. Enfin, au 3e degré, la préoccupation de la rougeur devient une obsession véritable, une phobie extrêmement tenace et incessante. Les auteurs en ont observé huit cas. Cet état paraît surtout spécial à l'homme. Tous étaient des neurasthéniques constitutionnels, et la peur de rougir s'était manifestée dès l'enfance. La température a une influence sur la facilité de cette rougeur. Elle se manifeste moins le matin que le soir. La sensation qu'ils vont rougir les plonge dans un état d'anxiété qui peut aller jusqu'à les pousser à la violence. Souvent à la suite de la crise il y a de la pâleur. Ces malades évitent de montrer leur rougeur par tous les moyens possibles. Beaucoup s'adonnent à la boisson dans ce seul but.

Cette affection est intéressante à étudier au point de vue des rapports de l'idée fixe et de l'émotion. L'ordre de succession des phénomènes est le suivant : phénomène vaso-moteur (rougeur) ; phénomène émotif (confusion) ; phénomène intellectuel (idée fixe). Dans l'éreuthose simple il n'y a que l'élément vaso-moteur ; dans l'éreuthose émotive, il y a les deux éléments vaso-moteur et affectif ; dans l'éreutophobie, il y a les trois éléments : vaso-moteur, émotif, intellectuel.

Pour les auteurs, le phénomène fondamental c'est l'émotion. P. S.

W.-M. BECHTEREW. Sur la peur de rougir (*Revue de psychiatrie et de neurol. russes, janv. 1897*).

Deux observations en tout point analogues à celles que Pitres et

Régis ont rapporté sous le nom d'éreutophobie. Les malades racontent qu'ils rougissent de la face juste au moment où cela leur peut être désagréable, par exemple, en société. L'apparition de rougeur est précédée par la peur de rougir. Lorsque les malades sont distraits ou sont seuls, la rougeur ne se manifeste pas. La chaleur extérieure augmente, le froid diminue la disposition à rougir. Un malade âgé de 20 ans présente cette phobie depuis 9 ans, l'autre âgé de 35 ans en est atteint depuis 4 ans. L'état moral est tellement affecté par cette infirmité que le premier malade en a eu des idées de suicide.

L'auteur range ces cas dans la catégorie des phobies et les attribue à l'excitation des centres corticaux vaso-dilatateurs qu'il a décrits en 1886 avec Mislavski dans les régions moyennes de l'écorce.

Comme traitement, B. recommande, de même que Pitres et Régis, l'autosuggestion. H. FRENKEL.

PITRES et RÉGIS. Séméiologie des obsessions (*Congrès de Moscou, 1897*).

L'obsession est un état maladif foncièrement émotif. Les états d'obsession peuvent se classer de la façon suivante : Dans une première catégorie de cas, tout se réduit aux phénomènes de l'émotivité pathologique, de l'angoisse. Ce sont les névroses anxieuses pures ou phobies, divisées en diffuses et systématisées, suivant que l'anxiété reste imprécise ou s'objective sur un sujet déterminé. Dans une seconde catégorie de cas, aux phénomènes de l'émotivité pathologique s'ajoute une idée fixe ou dominante. Ce sont les obsessions proprement dites. On a donc ainsi une série d'états obsédants qui, partis de la forme la plus élémentaire, l'anxiété vague ou diffuse, sorte d'ébauche indistincte, aboutissent à la forme achevée ou complète, l'obsession idéative, en passant par l'anxiété systématisée, qui constitue entre les deux comme une sorte d'intermédiaire ou de transition. Les auteurs étudient successivement :

1° L'état obsédant à anxiété diffuse ou panophobique.

2° L'état obsédant à anxiété systématisée ou monophobique ;

3° L'état obsédant à idée anxieuse ou monoïdéique.

L'obsession n'aboutit au délit ou au crime que lorsqu'il s'y joint un état de débilité mentale. Pour faire passer de l'idée à l'acte l'obsession n'est plus simple ; elle est liée à une idée délirante. L'obsession du suicide conduit rarement au suicide. Si le sujet se tue, c'est par raisonnement pour échapper à son obsession. L'hallucination est assez fréquente dans l'obsession. Elle en constitue une matérialisation. C'est la transformation de l'idée émotive en sensation extériorisée. P. SOLLIER.

S. SOUKHANOFF, Snr les formes diverses de la psychose polynévritique (*Rev. de méd., mai 1897*).

Sous le nom de psychose polynévritique, Soukhanoff désigne avec un certain nombre d'auteurs l'ensemble des troubles cérébraux qui accompagnent parfois la polynévrite et en particulier la polynévrite alcoolique, sans qu'il y ait de lien anatomique direct entre l'une et l'autre. On peut donc observer la première sans la seconde, et inversement. Ses recherches l'ont conduit à poser les conclusions suivantes :

1° La psychose polynévritique est une entité morbide à double modalité clinique (sans parler des formes abortives que Soukhanoff laisse de côté) ; elle se révèle tantôt par de l'amnésie seule, tantôt par de l'amnésie avec pseudo-réminiscence. Cette seconde forme doit être considérée comme une affection cérébrale plus grave ;

2° Si la psychose polynévritique se montre chez un phtisique, le pronostic est aggravé d'autant et la terminaison fatale peut survenir à brève échéance ;

3° Dans certains cas graves de psychose polynévritique, accompagnée de pseudo-réminiscences, les symptômes du côté des nerfs périphériques peuvent parfois être peu prononcés, comparativement à la lésion cérébrale.

La plupart des cas de ce genre se rapportent à des alcooliques. Cela s'explique par ce fait que, chez ces derniers, avant l'apparition de la psychose polynévritique, le cerveau, organe d'élection du poison alcoolique, a été déjà profondément modifié. De sorte que chez les alcooliques l'auto-intoxication, lorsqu'elle survient, intéresse plus profondément et plus facilement le cerveau que les nerfs périphériques moins sensibles à l'action adultérante de l'alcool. C. GIRAUDEAU.

A. DONAGGIO. Ricerche sulle lesioni delle fibre nervose spinali nelle psiconevrosi acute..... (*Rivista sper. di fren., XXIII, p. 771*).

Se basant sur ses recherches personnelles, l'auteur déclare que dans les formes aiguës de manie et de lypémanie se développent fréquemment des dégénérations systématiques *primitives* tant dans les cordons postérieurs que dans les cordons latéraux de la moelle. Mais il s'agit là de ces lésions dites primitives dans le sens de Vassale, c'est-à-dire souvent mieux perceptibles à l'examen macroscopique qu'à l'examen microscopique, ne se décelant pas notamment par la coloration de Marchi ou par celle de Weigert, ne s'accompagnant pas d'épaississement de la névroglie. Ces dégénérations sont susceptibles de guérison. Ces dégénérations seraient sous la dépendance des mêmes causes toxiques qui ont déterminé la psychose. PIERRE MARIE.

W.-F. ROBERTSON. Histologie normale et pathologie de la névroglie en rapport avec les maladies mentales (*Journ. of mental sc., p. 733, 1897*).

Après avoir passé en revue ce qu'on pense aujourd'hui de l'histologie normale de la névroglie, l'auteur lui attribue deux fonctions : l'une de soutènement, l'autre de réparation dans le cerveau, et à cet égard elle correspond exactement au tissu fibreux dans les autres parties du corps. Il décrit ensuite l'hypertrophie et l'hyperplasie de la névroglie, et la pigmentation pathologique des cellules névrogliques qu'il considère comme une dégénérescence. Il passe alors en revue les modifications subies par la névroglie dans la paralysie générale où l'hyperplasie est secondaire, la démence sénile où il y a pigmentation, la folie alcoolique chronique, où il y a souvent de l'hypertrophie et de la sclérose associées, la folie épileptique chronique où il ne considère pas la sclérose névroglique

comme essentielle. Il termine par des considérations sur la technique à suivre pour l'étude histologique de la névroglie. P. SOLLIER.

BADEROT. De l'influence du milieu sur le développement du délire religieux en Bretagne (*Thèse de Paris, 1897*).

Travail basé sur 64 observations personnelles. Le délire religieux est très fréquent en Bretagne et peut se rencontrer dans toutes les affections mentales, mais surtout chez les débiles et les dégénérés, même chez les alcooliques. Il est très persistant. Il est triste et les idées de damnation dominent. Chez les hommes il se rencontre dans 20,66 0/0 des cas, et chez les femmes dans 34,26 0/0, soit en moyenne 28,03 0/0, alors que dans les autres pays il ne se présente que dans la proportion de 7,13 0/0.

P. SOLLIER.

BATAILLER. Les persécutés auto-accusateurs (*Thèse de Paris, 1897*).

L'auteur apporte 5 cas nouveaux de ce type décrit par G. Ballet, et montre qu'il s'agit bien d'une catégorie spéciale d'aliénés héréditaires, formant une transition entre les persécutés vrais et les mélancoliques. Au point de vue étiologique, ils se divisent en deux groupes : les prédisposés simples et les prédisposés avec dégénérescence, les plus nombreux. Au point de vue psychologique, l'idée d'auto-accusation peut être primitive, ce qui est rare ; ou au contraire c'est l'idée de persécution qui engendre l'idée d'auto-accusation, ce qui est fréquent, ou enfin il y a simultanéité. Cliniquement, les malades alimentent souvent leur délire dans une malformation physique ou une préoccupation hypocondriaque, généralement d'ordre génital. La systématisation est toujours plus étroite pour les idées d'auto-accusation que pour celles de persécution. Les hallucinations sont ordinairement très actives et peuvent affecter tous les sens. P. SOLLIER.

C. von RAD. Ueber einen Fall von juveniler Paralysis..... (Sur un cas de paralysie générale juvénile chez un sujet entaché de syphilis héréditaire) (*Arch. f. Psychiat., XXX, 1, p, 02*).

Il s'agit d'un cas de paralysie générale chez un homme de 21 ans, développé sous l'influence de l'hérédo-syphilis. Le malade avait 15 ans lorsqu'il présenta les premiers symptômes de la démence paralytique. Le père du malade était à la fois syphilitique et alcoolique.

Le sujet a été enlevé par une pneumonie. A son autopsie on a trouvé les lésions caractéristiques de la paralysie générale, ainsi qu'une dégénérescence des faisceaux pyramidaux croisés, qui rendait compte de la parésie spasmodique constatée du vivant du malade. Autre particularité à noter, c'est l'existence de deux foyers symétriques de ramollissement, qui intéressaient le noyau de l'oculo-moteur, de chaque côté, et que l'on pouvait considérer comme une conséquence de l'obstruction de l'artère basilaire.

L'examen histologique des centres nerveux a démontré en outre l'existence des mêmes altérations vasculaires que celle qu'on rencontre dans les cas de syphilis cérébro-spinale. Des constatations analogues ont été faites dans un certain nombre de cas de paralysie générale syphylitique chez des adultes.

L'auteur considère précisément comme la conséquence ultime d'une endartérite, l'obstruction de l'artère basilaire, dont il a été question ci-dessus.

E. RICKLIN.

BÉCHET. Conditions biologiques des familles des paralytiques généraux (*Thèse de Paris, 1897*).

La longévité est supérieure chez les ascendants de paralytiques généraux à celle des familles normales. La natalité est plus élevée également dans les familles de paralytiques généraux : 6 1/2 au lieu de 4 1/2. La vitalité par contre est bien inférieure, surtout dans le bas âge. La morbidité présente aussi des différences notables avec celle des familles normales.

P. SOLLIER.

ARNAUD. Sur la période terminale de la paralysie générale et sur la mort des paralytiques généraux (*Arch. de neurol., p. 433, juin 1897*).

A côté des paralytiques qui s'affaiblissent progressivement, il en est un certain nombre qui jusqu'au dernier jour vont et viennent, et meurent debout. Chez les premiers apparaissent rapidement des raideurs musculaires, des spasmes très accentués, des contractures, qui font défaut chez les seconds. Les ictus cérébraux jouent un rôle prépondérant dans la mort des paralytiques; ils en sont la cause naturelle et la plus fréquente. Quant aux troubles trophiques, ils ne sont pas une conséquence nécessaire de la maladie et on peut ordinairement en empêcher la production.

P. SOLLIER.

MARANDON DE MONTYEL. Contribution à l'étude de la paralysie générale régressive ou pseudo-paralysie générale (*Gaz. hebd. Paris, 5 déc. 1897*).

Il faut ranger à part, sous la dénomination de paralysies générales régressives ou pseudo-paralysies générales, les paralysies générales, d'origine toujours toxique ou infectieuse, qui, débutant brusquement, atteignent rapidement leur apogée pour rétrocéder, par suite d'une évolution naturelle du mal, jusqu'à complète guérison, et cela parfois jusqu'à huit, dix, douze fois et plus encore, chez le même sujet. Toutefois, comme après une ou plusieurs atteintes de pseudo-paralysie générale, celle-ci peut aboutir à la paralysie générale avérée, et comme les causes qui engendrent la première sont susceptibles, dans certains cas, d'engendrer d'emblée la seconde, il en résulte que la paralysie générale ne saurait être considérée comme une entité morbide, mais comme une variété clinique très distincte, qu'il convient d'isoler tant au point de vue scientifique qu'au point de vue pratique.

LEFLAIVE.

NATHANSON. De la trépanation dans la paralysie générale (*Thèse de Paris, 1897*).

Les améliorations très passagères observées quelquefois et qui peuvent être dues à la rémission, le rôle si considérable que joue la syphilis dans la paralysie générale, les cas de mort subite qui peuvent se produire, sont

autant de raisons pour rejeter complètement, comme l'ont fait jusqu'ici les cliniciens français, toute intervention chirurgicale dans cette maladie.

P. SOLLIER.

A. JAQUET. L'alcoolisme (*L'Œuvre méd. chir.*, n° 5).

La monographie de Jaquet est divisée en deux parties : la première comprend, après un historique rapide, l'étude de l'alcool comme toxique et de l'alcoolisme comme entité clinique : il trace le tableau des affections physiques et psychiques sans nombre qu'engendre l'absorption des boissons alcooliques et étudie l'hérédité si chargée des buveurs d'alcool. La seconde partie est entièrement consacrée aux remèdes de l'alcoolisme ; l'auteur y traite, avec beaucoup de largeur de vue, la question de la suppression et de la délimitation des débits de vin et d'alcool, et fait le procès des bouilleurs de cru et du monopole de rectification. Il met en évidence le rôle extrêmement important des sociétés de tempérance dans la lutte contre l'alcoolisme et la criminalité.

A. C.

GILLES DE LA TOURETTE et GASNE. Paraplégie avec incontinence des urines et des matières fécales dans la névrite alcoolique (*Soc. méd. des hôp.*, *10 déc 1897*).

Les auteurs rapportent trois observations recueillies chez des femmes, qui toutes trois présentaient une paralysie complète des deux membres inférieurs atrophiés ; des attitudes vicieuses, devenues irréductibles, s'étaient produites ; il y avait, en outre, absence des réflexes et troubles de la sensibilité, à cela s'ajoutaient les incontinences des urines et des fèces. S'appuyant sur l'état mental, qu'ils rattachent à la psychose névritique, les auteurs admettent qu'il y avait non pas myélite, mais névrite, et névrite curable. Dans les trois cas, ils purent obtenir une notable amélioration.

A. LEROUX.

A. DELÉARDE. Contribution à l'étude de l'alcoolisme expérimental et de son influence sur l'immunité (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, *XI*, *p. 837*, *oct. 1897*).

Les éléments qui entrent en jeu dans la production de l'immunité, quels qu'ils soient (et on pense tout de suite aux leucocytes), sont influencés surtout quand on fait agir simultanément sur l'organisme l'alcool et la toxine ou le microbe. Si on suspend l'alcool, alors même que les symptômes et les lésions de l'intoxication chronique avaient eu le temps de se manifester, l'état réfractaire peut s'établir. Il ne faudrait pas cependant étendre ce fait à toutes les infections ou intoxications qui peuvent frapper les alcooliques. Il est manifeste par exemple que pour ce qui concerne la bactéridie charbonneuse, l'alcoolisme chronique rend la vaccination très difficile, même lorsque l'alcool n'est plus absorbé au cours de celle-ci.

Il en est de même probablement pour toutes les maladies microbiennes telles que les infections pneumococciques ou streptococciques qui exigent pour guérir l'intervention active des cellules phagocytaires.

A côté de ces faits prouvés par l'expérimentation, l'observation clinique observe que les alcooliques présentent une résistance très grande à l'égard de certains poisons comme l'opium, l'arsenic, et qu'ils sont également très peu sensibles au chloroforme et à l'éther ainsi que tous les chirurgiens l'ont remarqué depuis longtemps. En ce qui concerne l'immunité contre la rage, la clinique est d'accord avec l'expérimentation. Dans tous les Instituts où se pratiquent les vaccinations pastoriennes, on a constaté que, dans la majorité des cas, heureusement très rares où celles-ci se montrent inefficaces, il s'agissait d'individus nettement alcooliques.

Les médecins commettent souvent une faute quand ils administrent à leurs malades de fortes doses d'alcool dans le but de traiter certaines maladies infectieuses, telles que la pneumonie ou certaines intoxications, telle que celle produite par le venin des serpents. PAUL TISSIER.

BARGY. De l'alcoolisme au point de vue de la prophylaxie et du traitement (*Thèse de Paris, 1897*).

L'auteur est partisan d'une augmentation considérable du prix de l'alcool, de la diminution des droits sur les boissons hygiéniques, de la limitation du nombre des cabarets. Il faut punir l'ivrogne et surtout ses complices, traiter l'alcoolique, faire de la propagande anti-alcoolique. Dans les cas bénins on doit chercher à moraliser le malade; dans les cas graves il faut l'interner dans un asile pour y être traité et non séquestré; dans le cas de récidive il faut l'envoyer dans un asile de rigueur, et comme complément il faudrait instituer une société de propagande pratique.

P. SOLLIER.

BECHTEREW. Ueber das Hoeren der eigenen Gedanken (Sur l'audition de ses propres pensées) (*Arch. f. Psychiat., XXX, 1, p. 284*).

Bechterew publie l'observation d'un alcoolique assez intelligent dans l'ensemble, en proie à des hallucinations de l'ouïe, très bizarres, que l'auteur rattache au phénomène décrit pour la première fois par Köppen, sous le nom d'audition de sa propre pensée.

Le malade en question était persuadé que son oreille gauche était habitée par un être qui dominait en quelque sorte son existence par la parole. Le malade se prétendait incapable de penser par lui-même.Toutes ses pensées lui étaient au préalable suggérées verbalement par l'être fictif, qu'il supposait être en communication incessante avec lui. La voix de cet être, que le malade percevait dans son oreille gauche depuis 13 années, était très distincte, de timbre masculin, mais de hauteur variable, parfois enrouée. Quelquefois cette voix entrait en discussion avec le malade. Elle lui dictait certains actes, l'invitant au sommeil quand il n'en avait pas envie, ou l'empêchant de dormir quand il en avait l'intention. A l'église, le malade entendait assez souvent la voix lui chantant d'avance ce qu'on allait chanter au chœur. Dans la rue, quand il apercevait une enseigne, la voix lui lisait les inscriptions qui figuraient sur cette enseigne, etc., etc.

A noter que le malade était parfois sujet à des hallucinations de la vue et à des hallucinations de l'odorat (odeur de cadavre).

Un essai de traitement par voie de suggestion hypnotique a amené une

amélioration très passagère. Malheureusement le malade interrompit le traitement après un petit nombre de séances.

D'accord avec Köppen, Bechterew fait rentrer le phénomène de « l'audition de sa propre pensée » dans la catégorie des hallucinations de l'ouïe. Par contre, il ne croit pas que le phénomène soit lié à une interprétation fausse de la résonance des paroles dans l'organe de l'ouïe. Il conçoit la production du phénomène ainsi : par suite d'une excitabilité exagérée de l'appareil central de l'ouïe, la résonance des paroles pensées acquiert une intensité égale à celle des paroles objectivement articulées, et cela d'une façon aperceptive. E. RICKLIN.

Fernand GAUCHER. Des déformations persistantes irréductibles des pieds dans les paralysies alcooliques (*Thèse de Paris, 1897*).

Il se produit dans les paralysies alcooliques, comme dans toutes les paralysies, par névrite des déformations persistantes et irréductibles des pieds par rétractions musculaires, aponévrotiques et ligamenteuses. Ces rétractions sont dues à des causes mécaniques qui sont l'attitude vicieuse et l'immobilisation prolongée du membre dans cette attitude. Il est possible de s'opposer presque toujours à ces déformations par un traitement prophylactique. Quand elles se sont produites d'une façon irréductible, on ne doit pas employer l'intervention chirurgicale pour les guérir, mais le traitement kinésithérapique et hydrothérapique. P. SOLLIER.

Marcel MANHEIMER. Du gâtisme au cours des états psychopathiques (*Thèse de Paris, 1897*).

Intéressant essai de pathogénie et de séméiologie sur un point qui a une importance à la fois clinique et pratique. L'auteur, après quelques considérations de psycho-physiologie des sphincters et de pathogénie générale des troubles sphinctériens, adopte la classification suivante : le gâtisme dans les états d'inconscience : coma, sommeil hystérique, stupeur; le gâtisme dans les états démentiels : démence, paralysie générale, confusion mentale; le gâtisme dans les délires : impulsions, états maniaques, altérations de la personnalité. Il montre en terminant les gâteux dans les asiles d'aliénés et l'utilité qu'il y a à observer le gâtisme pour le personnel de surveillance. P. SOLLIER.

CHARON et BRICHE. Recherches cliniques sur l'alcalescence du sang et les injections de solutions alcalines chez les épileptiques (*Arch. de neurol.*, *p.* **465**, *déc. 1897*).

Chez les épileptiques dans le cours de chaque révolution quotidienne, le degré de l'alcalescence du sang subit des variations constantes avec minima et maxima en rapport avec les conditions du travail digestif. Les attaques convulsives présentent des variations numériques également constantes, isochrones et en rapport avec les variations de l'alcalescence du sang. Les injections de solutions alcalines ne modifient pas d'une façon permanente le degré de l'alcalescence du sang, et en produisent seu-

lement une élévation très fugace. Ces injections diminuent le nombre des attaques isolées et provoquent leur rassemblement en série. Elles augmenteraient plutôt les manifestations convulsives, et aggravent les troubles psychiques postparoxystiques. P. SOLLIER.

Clemente CABITTO. La tossicità del sudore negli epilettici (*Rivista sper. e fren., XXIII, p. 36*).

Cet auteur s'est procuré de la sueur d'épileptiques dans des conditions diverses et l'a injectée à des animaux ; les résultats obtenus ont été les suivants :

Dans la période prodromique des attaques, la sueur des épileptiques, injectée dans la circulation du lapin, présente une action toxique indiscutable et un fort pouvoir convulsivant.

Le pouvoir toxique et convulsivant augmente à mesure que l'attaque approche et persiste pendant la période qui succède immédiatement à celui-ci.

Dans les périodes éloignées des accès, la sueur des épileptiques ne semble pas avoir de propriétés autres que celle des sujets sains.

PIERRE MARIE.

G. MINGAZZINI. Osservazzioni cliniche ed anatomiche sulle demenze post-apoplettiche (*Rivista sper. di fren. e med. leg., XXIII*).

Mingazzini rapporte quatorze observations d'individus atteints de lésions en foyer du cerveau, et recherche quelles conclusions on peut tirer de l'examen de leur état mental par rapport à l'apparition de la démence dans cette catégorie de malades. D'une façon très affirmative il déclare que la démence se montre dans les cas de ramollissement et presque jamais dans les cas d'hémorragie. Si la démence survient même lorsque le foyer de ramollissement est très petit, cela tient à ce que le cerveau tout entier, par suite de l'athérome généralisé des vaisseaux, est dans un état de déchéance fonctionnelle. D'ailleurs, si la démence ne semble pas toujours être en proportion directe de l'étendue et du siège des foyers de ramollissement, Mingazzini ne laisse pas d'insister sur le degré plus prononcé de la démence dans les cas où les lésions ont produit de l'aphasie sensorielle (acoustique). Comme annexe à ce travail, l'auteur étudie au point de vue anatomique, physiologique et clinique les lésions du noyau lenticulaire. Plusieurs figures montrent les lésions cérébrales dans différentes autopsies. PIERRE MARIE.

A. RICARD. Épilepsie essentielle et résection du sympathique cervical (*Gaz. des hôp., 15 mars 1898*).

Garçon de 23 ans, à l'hôpital de Bicêtre depuis 1892 pour des accès épileptiques ayant débuté, sans antécédents héréditaires, à l'âge de 18 ans. Accès nombreux, 100 en 1894, 146 en 1896, avec troubles vaso-moteurs, engourdissement des doigts, asphyxie locale des extrémités, etc. Insuccès de tous les médicaments. En juillet 1897, R. pratique la résection des ganglions supérieur et moyen du sympathique cervical. Pendant 15 jours, diminution des accès qui reviennent aussi fréquents après. A. CARTAZ.

MÉDECINE LÉGALE.

Henry COUTAGNE. Précis de médecine légale (*Lyon et Paris, 1896*).

Cet ouvrage posthume est divisé en onze chapitres : 1° de la médecine légale et des expertises en général; 2° des devoirs et des droits du médecin; 3° de la mort et du cadavre en général. L'auteur expose les règles à suivre dans les autopsies judiciaires et consacre à la putréfaction cadavérique des développements intéressants; 4° de l'identité; 5° de l'état mental; 6° des blessures. Un premier paragraphe traite des blessures par armes naturelles (soufflets, égratignures, morsures, coups de tête, coups de pied); 7° de l'asphyxie (submersion, pendaison, etc.); 8° des grands traumatismes (chemins de fer, incendies, explosions, etc.); 9° de l'empoisonnement; 10° des questions relatives aux instincts sexuels (maladies communiquées par les attentats à la pudeur, etc.). Coutagne pose en principe que la recherche du gonocoque est une nécessité dans tous les écoulements des parties sexuelles de l'homme et de la femme ; 11° des produits de la conception (infanticide, etc.). C. insiste sur l'utilité des docimasies gastro-intestinale de Breslau et auriculaire de Wreden.

A la fin du volume, se trouve un tableau de 85 végétaux toxiques avec indication des parties vénéneuses de la plante et des accidents qu'elle occasionne. A chaque instant, dans le texte de ces différents chapitres, l'auteur rapporte brièvement des faits tirés de sa pratique médico-légale.

J. BEX.

I. — P. BROUARDEL. La pendaison, la strangulation, la suffocation, la submersion (*Paris, 1897*).

II. — DUFOUR. Mode singulier de pendaison (*Ann. d'hyg., p. 291, mars 1897*).

I. — La pendaison, la strangulation, la suffocation et la submersion constituent le groupe des asphyxies mécaniques dans lesquelles la mort peut survenir par 3 processus différents : 1° non-pénétration de l'air dans les poumons; 2° inhibition; 3° syncope. Après des considérations générales, Br. commence l'étude de la *pendaison*. Il regarde comme une légende les sensations voluptueuses éprouvées par certains pendus ; pour lui, l'émission de sperme, qu'on observe d'ailleurs dans tous les genres d'asphyxie mécanique, est un phénomène exclusivement cadavérique. Nous avons pourtant gardé le souvenir de deux jeunes camarades de classe qui se livraient à l'onanisme par pendaison. L'un et l'autre ont fini par perdre la vie dans une de leurs expériences, où ils n'eurent plus l'esprit assez présent pour reprendre pied sur le tabouret sur lequel ils étaient montés pour se suspendre au plafond. — L'ensemble des signes

qui permettent d'affirmer la suspension pendant la vie sont : l'ecchymose rétro-pharyngienne (qui se retrouve aussi dans la strangulation), la déchirure de la membrane interne de la carotide, l'épanchement sous-périosté de l'os hyoïde fracturé et la concordance de la coloration de la face avec la position du lien. On peut mettre en doute le suicide par pendaison quand, sur un pendu bleu, le nœud est en arrière, et quand, sur un pendu blanc, le nœud est sur le côté du cou (*R. S. M.*, L, 232).

Le sillon de la *strangulation* par un lien n'a pas les mêmes caractères que celui de le pendaison. Il n'est pas parcheminé, il est pâle. Le tissu cellulaire sous-cutané n'est pas condensé et n'a pas l'aspect argenté. Ces différences tiennent à ce que, dans la strangulatiou, après la mort, les tissus se décongestionnent et le lien se desserre, tandis que dans la pendaison, le corps continue à peser sur le lien encore après la mort.

La *suffocation* comprend des faits très disparates : corps étrangers des voies aériennes, enfouissement, compression du thorax et de l'abdomen dans les foules, occlusion directe des narines et de la bouche, hypertrophie du thymus, etc.

Brouardel a fait avec Vibert d'abord (*R. S. M.*, XXII, 663), puis avec Loye (*R. S. M.*, XXXVI, 609), des expériences sur le mécanisme de la mort dans la submersion. La fluidité du sang des noyés n'est nullement en rapport avec la quantité d'eau qui a pénétré dans le système circulatoire. Les hommes se noient étendus sur le ventre, le nez au fond de l'eau ; les femmes, au contraire, étendues sur le dos. De là une remarque faite par un garçon de laboratoire de la Morgue, qui peut servir à établir l'identité du sexe dans les cas douteux : c'est que, sur les noyés, les chaussures des cadavres masculins sont usées par le frottement vers leur pointe, au bout antérieur, et celles des cadavres féminins, au talon, vers l'extrémité postérieure.

A la fin de chacune des parties du volume, on trouvera un certain nombre d'observations intéressantes par leurs détails et d'expertises médico-légales.

II. — Aucun traité de médecine légale ne signale le mode suivant de pendaison :

Homme de 42 ans qu'on trouve suspendu, au centre d'une pièce carrée, par le milieu d'une corde dont les extrémités sont fixées à des clous. La corde fait deux fois le tour du cou et est fortement tendue par le poids du corps, dont les pieds affleurent le sol. Une chaise est renversée sur le plancher, à quelques centimètres de distance. J. BEX.

K. KNAUSS. Ueber die Vergiftung mit Schwefelsäure (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, *p. 414, oct. 1897*).

Knauss relate d'abord l'autopsie de deux filles qui se sont suicidées en avalant de l'huile de vitriol. La première, âgée de 29 ans, a succombé trois heures et quart après l'ingestion de deux cuillerées du toxique.

L'autre, âgée de 31 ans, n'est morte que dix jours après en avoir bu une tasse, enlevée par une hémorragie interne. Son autopsie, pratiquée trois heures après le décès, a révélé des lésions d'une intensité tout à fait insolite. Ulcérations en parties croûteuses de la bouche, du pharynx et de l'œsophage ; tunique musculeuse à nu dans la moitié inférieure de l'œsophage, dans l'estomac et dans la partie supérieure du duodénum.

La muqueuse de l'estomac, complètement détachée, constituait dans la cavité gastrique un cylindre gangrené entièrement libre. Il n'existait plus de muqueuse adhérente qu'à l'endroit où les parois stomacales soudées à la rate étaient perforées.

Les portions inférieures de l'intestin grêle et du gros intestin renfermaient une grande quantité de sang goudronneux. A l'examen microscopique des reins, la dégénération de l'épithélium était déjà fort avancée.

Knauss termine par la statistique des suicides en Wurtemberg, de 1870 à 1894. Tandis que, de 1860 à 1869, on comptait 10,1 suicides par 100,000 vivants, le chiffre s'en accrut jusqu'en 1878, où il atteignit la proportion de 21,9 ; depuis lors, il a de nouveau diminué et n'est plus que de 15,9.

Si l'on envisage les différents modes de suicide, on constate que les empoisonnements et les écrasements par des véhicules sont devenus un peu plus fréquents aux dépens de la pendaison (60 à 63 0/0), de la submersion (15 0/0) et de la mort par armes à feu (12 à 15 0/0). Nonobstant, les suicides par empoisonnement, tout en ayant augmenté de fréquence (de 1,2 à 2,6 0/0), sont encore extrêmement rares en Wurtemberg relativement à d'autres pays.

Les toxiques le plus employés sont, en première ligne, l'acide prussique, puis les acides minéraux, ensuite le phosphore et l'acide phénique.

Tout à fait isolés sont les cas de suicides par les opiacés, l'arsenic et les vapeurs de charbon. Le sublimé n'a servi que deux fois. J. B.

Charles DE VISSCHER et Albert VAN VYVE. Empoisonnement par l'anhydride arsénieux (*Ann. Soc. de méd. lég. de Belgique, 1896*).

4 mois après la mort, on exhume, d'un terrain très humide, le cadavre d'un homme soupçonné d'avoir été la victime d'un empoisonnement criminel. Tandis que l'extérieur du corps est dans un état de putréfaction avancée, les viscères sont remarquablement conservés. Aucune trace de péritonite, d'épanchement abdominal, ni de lésions typhoïdiques ; on constate, en revanche, de la gastro-entérite, de la richesse en graisse du foie, du mésentère et de l'épiploon et de la tuméfaction des reins.

L'analyse chimique révèle la présence de 12 milligrammes d'arsenic localisés exclusivement dans l'estomac et la première partie de l'intestin. Ni la terre du cimetière, ni les copeaux de bois de la bière, ni le linceul ne renferment d'arsenic. L'homme avait été vu 2 jours avant sa mort par un médecin qui avait cru à une fièvre typhoïde, en raison de la céphalalgie, de la lassitude, de la fièvre accusées par le malade, qui avait également une épigastralgie intense ; le dernier jour, survinrent de la diarrhée sanguinolente et des vomissements incoercibles, qui cessèrent quelques heures avant la mort, arrivée en pleine connaissance. Un an auparavant, cet homme avait été brusquement pris de douleurs à l'épigastre, de subictère, d'inappétence, de vomissements verdâtres, d'accès de coliques, d'émaciation, d'éruptions ; ces accidents s'étaient reproduits à plusieurs reprises avec des intervalles d'amélioration.

Les premiers experts conclurent à un empoisonnement lent par l'arsenic ; la dose retrouvée dans le corps était trop peu considérable pour être mortelle et d'ailleurs n'avait pas été absorbée.

De Visscher et Van Vyve, invités par le juge d'instruction à donner leur

avis sur ces conclusions, déclarent ne trouver dans les symptômes antérieurs rien de caractéristique pour une intoxication lente, d'autant plus qu'on n'a pas décelé d'arsenic dans les os ni dans aucun autre organe que les digestifs. Rien, selon eux, ne prouve que de l'arsenic ait été administré dans les dernières heures de la vie, alors que le malade n'avait plus ni vomissements, ni diarrhée et que la gastroentérite préexisistait.

Avec Hofmann, Hans von Wyss, Brestowsky, ils admettent la possibilité d'un arsénicisme aigu mortel par gastro-entérite avant toute absorption et, sans nier la possibilité que cet homme ait antérieurement absorbé de l'arsenic, ils affirment qu'il ne saurait être établi scientifiquement qu'il a succombé aux conséquences d'une intoxication lente par ce métalloïde, et sont convaincus, au contraire, qu'il a été la victime d'un empoisonnement aigu par l'arsenic. J. B.

I. — Georges PHILOUZE. Étude médico-légale sur les coups de feu sans projectiles tirés par des armes de poche (*Thèse de Paris, 1897*).

II. — Louis CHATELLIER. Étude médico-légale des effets produits sur la peau et les vêtements par le revolver et les nouvelles poudres (*Thèse de Paris, 1897*).

I. — Les coups de feu tirés à blanc, avec des armes de petit calibre, dites armes de poche, peuvent, suivant la distance à laquelle ils sont tirés, les régions atteintes, la position perpendiculaire ou oblique de l'arme, produire des lésions qui varient depuis la simple brûlure de la peau ou des vêtements jusqu'à des déchirures considérables intéressant la peau, les muscles et les os.

Avec une charge de poudre normale, il ne se produit pas de lésions si le coup est tiré, même dans une direction perpendiculaire au corps, à une *distance* de plus de 2 centimètres pour le pistolet et de 7 centimètres pour le revolver, sur la peau à nu. Sur la peau couverte de vêtements, ces distances deviennent de 1 centimètre pour le pistolet et de 3 centimètres pour le revolver.

La *direction de l'arme* joue un rôle considérable, car, même à bout touchant, la plus légère obliquité supprime les effets du coup tiré.

L'intensité des lésions est en relation directe avec la résistance des plans sous-jacents à la peau. Le maximum des effets se fait sentir lorsque le coup est tiré sur la peau soutenue par une couche épaisse et résistante de muscles ou par un plan osseux.

Les désordres ne paraissent pas devoir être attribués à la bourre ; ils semblent bien plutôt le résultat d'un éclatement de la peau sous l'influence de la force d'expansion des gaz provenant de la poudre et de la colonne d'air qu'ils entraînent. C'est le même mécanisme que dans les blessures résultant des explosions de dynamite. Il est cependant possible qu'une bourre très fortement lancée puisse jouer le rôle de projectile.

Le diagnostic différentiel des lésions produites par un coup de feu tiré à blanc est facile d'avec celles produites par un coup de feu contenant un projectile, parce que celui-ci, tiré même à bout touchant, ne produit pas d'éclatements de la peau et des muscles. 6 planches photographiques représentent les lésions que Philouze a obtenues dans ses expériences.

II. — Les nouvelles poudres, dites sans fumée, laissent sur la peau des traces permettant à l'expert de déterminer la distance à laquelle le coup de feu a été tiré.

La poudre J, contenant 17 0/0 de bichromate d'ammoniaque et 83 0/0 de coton-poudre, tatoue les téguments en vert, tandis que la poudre S, réservée aux fusils de chasse, donne des tatouages gris ardoisé.

Les incrustations légères de poudre J, disparaissant au lavage, laissent sur la peau une excoriation jaune citron caractéristique.

Les tatouages de la poudre J disparaissent entre 65 et 70 centimètres de distance avec le revolver de 8 millimètres, chargé de 35 centigrammes de poudre, entre 55 et 60 avec le revolver de 5 millimètres, chargé de 25 centigrammes de poudre.

Entre 2 et 15 centimètres, la disposition des divers tatouages permet de déterminer facilement la distance du tir. Au delà de ces distances, les dimensions du tatouage d'incrustation et l'espacement des grains peuvent permettre cette détermination.

Le tir oblique est facilement reconnaissable à la présence d'un croissant d'excoriation autour de l'orifice, à la disposition et à la forme ovalaire des tatouages, jusqu'à 15 centimètres environ. Au delà de cette distance, les mensurations donnent des résultats très différents suivant l'inclinaison de l'arme.

Les cheveux ne sont pas brûlés au delà de 3 à 4 centimètres ; les poils le sont jusqu'à 5 ou 6. Les cheveux, au delà de 5 centimètres, arrêtent les grains pouvant produire le tatouage.

Les vêtements sombres présentent peu de traces pouvant aider au diagnostic de la distance du tir. Les traces laissées sur la toile blanche, empesée ou sans apprêt, sont les mêmes pour les faibles distances que celles observées sur la peau. Il y a peu ou pas de brûlure, mais destruction d'une partie du tissu dans les tirs de 2 à 5 centimètres.

Les effets de la poudre S sont analogues à ceux de la poudre J ; toutefois, les tatouages de la première ne se produisent pas au delà de 40 à 45 centimètres. J. B.

I. — L. ISRAEL. Die Verletzungen des Zwerchfells vom gerichtsärztlichen Standpunkte (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, *3e série*, *XIV*, *fasc. suppl.*).

II. — ALTMANN. Die gerichtsärztliche Beurtheilung der Lungenverletzungen (*Ibid.*).

I. — Dans son étude médico-légale sur les blessures du diaphragme, Israel cite le fait suivant, sans analogie dans la littérature.

Une marâtre, pour se débarrasser de son beau-fils âgé de deux ans, lui enfonce deux aiguilles, dans le creux épigastrique. L'enfant succombe huit jours plus tard.

A l'autopsie, on constate, au niveau du scrobicule, une plaque brunâtre parcheminée ayant l'étendue d'une pièce d'un marc ; pas d'épanchement sanguin dans le tissu sous-cutané correspondant.

Dans le lobe gauche du foie est implantée une aiguille à ravauder, longue de 8 centimètres, dont le chas fait une saillie extérieure de 2 centimètres. Ce lobe offre une plaie superficielle, longue de 1 centi-

mètre, dirigée d'avant en arrière et d'où part un canal s'enfonçant, sur une étendue de 5 centimètres, dans le tissu hépatique.

Fichée dans le diaphragme, au voisinage de la rate, se trouve une aiguille à coudre, longue de 4 cent. 1/2.

Aucun épanchement abdominal, pas d'autres lésions viscérales.

Israel résume son travail dans les conclusions suivantes :

Les traumatismes limités au diaphragme sont rares ; ils sont le résultat d'armes à feu, d'instruments piquants ou de corps mousses.

Ils sont infiniment plus nombreux du côté gauche et se présentent, pour la plupart, chez des hommes dans la force de l'âge.

Leur suite la plus importante est la hernie diaphragmatique acquise qui intéresse généralement l'estomac. Le phénomène du diaphragme de Litten est un bon moyen diagnostique. Le diagnostic différentiel de la hernie diaphragmatique doit se faire surtout avec le pneumothorax traumatique.

Il est rare que ces hernies restent complètement latentes. Le plus ordinairement elles occasionnent des douleurs après les repas et les efforts corporels.

Elles entraînent le plus communément la mort par l'étranglement de l'organe hernié et la péritonite par perforation consécutive. A l'autopsie, il y a lieu de faire le diagnostic différentiel entre la hernie congénitale et la rupture post mortem du diaphragme.

II. — Les blessés qui ont survécu aux premières conséquences d'une blessure du poumon peuvent espérer en réchapper, alors même qu'il s'agit d'une blessure grave, pourvu qu'ils soient immédiatement l'objet d'un traitement approprié.

L'insignifiance des symptômes extérieurs et même l'absence initiale de symptômes fonctionnels ne donnent jamais la certitude qu'on ait affaire à une blessure pulmonaire peu importante. Au point de vue du pronostic, souvent la contusion du poumon doit être assimilée à une plaie pénétrante du poumon, car ce qui en constitue surtout la gravité, c'est la lésion de la cavité pleurale.

Dans beaucoup de cas, une pneumonie ou une tuberculose apparues à la suite d'un traumatisme pulmonaire peuvent en être considérées comme la conséquence.

Les résidus de nature variable qui restent d'ordinaire après des traumatismes pulmonaires y créent un lieu de moindre résistance favorable au développement d'affections ultérieures du poumon.

Ce n'est jamais qu'après une période prolongée d'observation qu'on pourra émettre un avis définitif sur une blessure pulmonaire et encore faudra-t-il toujours y joindre des réserves pour l'avenir. J. B.

P. BROUARDEL. L'infanticide (*Paris, 1897*).

L'infanticide est le meurtre d'un nouveau-né; mais cette expression de nouveau-né ne correspond en jurisprudence ni à un nombre déterminé de jours de vie, ni à une période quelconque de l'involution de l'organisation fœtale (chute du cordon ou cicatrisation de l'ombilic). Ce qui semble ressortir d'un arrêt de la Cour de Cassation, c'est qu'il n'y

a plus infanticide dès qu'il y a eu déclaration ou tout au moins notoriété de la naissance.

Brouardel recommande de ne pas répondre directement aux questions telles que : Est-ce un nouveau-né ? Y a-t-il eu infanticide ? L'enfant était-il viable? L'expert ne doit jamais affirmer la viabilité, parce que, malgré l'autopsie la plus soigneuse, il n'est pas certain qu'il n'existe aucune malformation incompatible avec la vie. Une femme peut être poursuivie à la fois pour avortement et pour infanticide quand, enceinte de 7 mois, elle s'est fait avorter et a tué son enfant venu vivant.

La longueur du cordon ombilical est trop variable pour servir à déterminer l'âge de la vie intra-utérine.

Les signes de l'infanticide par suffocation, qui est le plus commun, sont les ecchymoses sous-pleurales, la couleur rouge brun des poumons, la spume plus ou moins colorée; mais on ne conclura pas d'une façon absolue si aucun signe extérieur ne confirme ce diagnostic. La principale cause d'erreur est la bronchite, dont l'existence se trahira par le muco-pus au lieu de la mousse.

Les signes de l'infanticide par strangulation sont les traces du lien, la présence assez fréquente d'écume sanguinolente dans les bronches et d'une ecchymose sous la muqueuse du larynx ; les lésions pulmonaires sont à peu près celles de la suffocation, toutefois les ecchymoses sous-pleurales sont moins nombreuses ou manquent même, tandis que les noyaux apoplectiques intra-pulmonaires sont habituels ; on trouve également de l'emphysème sous-pleural ; et, dans l'estomac, des mucosités sanglantes venues des bronches.

L'infanticide par submersion a lieu généralement dans les fosses d'aisances.

Parmi les nombreuses observations et expertises qui terminent ce volume, nous signalerons celles qui montrent l'aide que l'entomologie peut prêter à la médecine légale quand il s'agit de fixer l'époque de la mort. (*R. S. M.*, L, 229).

F.-C.-Th. SCHMIDT. Beiträge zur Kenntniss des Meconium (*Viertelj. f. gerichtl. Med., avril 1897*).

Sur le cadavre, le méconium résiste à la putréfaction infiniment plus longtemps que tous les autres tissus plus riches en eau, tels que les os, les dents, les poils, etc., ou que les produits pathologiques, comme les tissus calcifiés, les calculs, etc.

Au bout de 6 ou 7 mois d'exposition à l'air et vraisemblablement encore au bout d'un temps beaucoup plus long, du méconium jaune brun, en couche quelque peu épaisse, se dessèche à peine et garde en grande partie une consistance pultacée sans offrir ni à l'œil nu, ni sous le microscope, les moindres altérations. Dans des taches de méconium vieilles de 8 ou 9 ans, et sans doute dans des taches encore plus vieilles, l'examen microscopique permet de reconnaître sans difficulté tous les éléments constituants du méconium. Les corpuscules du méconium ne sont pas des blocs de matière colorante biliaire; ce sont des cellules ratatinées, partiellement fragmentées et imprégnées de matière colorante biliaire ;

ces cellules proviennent aussi bien des cellules du vernis caséeux dégluti que des cellules épithéliales de l'intestin qui se sont détachées. Il n'y a pas, comme le pense Huber, deux sortes de méconium complètement distinctes; le méconium vert foncé n'est que la transformation ultime du méconium jaune brun, qui s'est concentré par résorption partielle de son eau et dont les cellules sont, pour la plupart, ratatinées et même réduites en fragments.

J. BEX.

S. DWORNITSCHENKO. Ueber die Thymus der Erwachsenen in gerichtlich-medicinischer Beziehung (*Viertelj. f. gerichtl.Med.*, *3e série*, *XIV*, *juill. 1897*).

A l'Institut médico-légal de von Hofmann, à Vienne, D. a examiné les thymus de 79 individus du sexe masculin et de 43 du sexe féminin, compris entre les âges de 10 et 88 ans. Bien que dans 8,5 0/0 des cas le thymus hypertrophié pesât plus de 30 grammes, on ne pouvait guère lui attribuer d'influence sur l'issue terminale, en présence d'autres facteurs l'expliquant suffisamment : brûlures, coups de feu, insuffisance des valvules aortiques avec rétrécissement, dégénérescence adipo-calleuse du myocarde et symphyse cardiaque, hémorragie cérébrale gauche, empoisonnement par le phosphore, néphrite chronique avec hypertrophie du cœur. Une seule fois, le développement du thymus joint à l'hypertrophie de l'appareil lymphatique pouvait être incriminé comme cause de mort; il s'agissait d'un jeune homme de 17 ans qui s'était noyé en se baignant.

Les dimensions et la forme originelles de la glande ne paraissent pas subir de modifications spéciales résultant de l'âge. Voici, en effet, les moyennes constatées par D.

	Longueur.	Largeur.	Epaisseur.	Volume.	Poids.	Poids spécifique.
	ctim.			cmc.	grm.	
De 10 à 20 ans.	8,4	5	1	20,9	21,6	1,03
De 20 à 30 —	8,2	4	0,9	14,2	14,3	1,007
De 30 à 40 —	9	5,5	1	20	19	0,95
De 40 à 50 —	8,8	4	1	16	15	0,94
De 50 à 60 —	8	5	1	18,7	18,1	0,92
De 60 à 70 —	10	6,5	1	22,5	20,5	0,91
De 70 à 80 —	9	5	1	16	14,6	0,91

Seul le poids spécifique diminue d'une façon continue à mesure que l'âge croît ; à partir de 50 ans, il est toujours inférieur à celui de l'eau, ce qui tient à la métamorphose graisseuse du tissu conjonctif et à l'atrophie consécutive du tissu lymphoïde.

A tout âge, on peut trouver le thymus sur le cadavre au moyen de 3 points de repère : artères brachiocéphalique et carotide primitive gauches et veine brachiocéphalique gauche. La glande se trouve entre les deux artères, en avant de la veine ; pour en déterminer l'emplacement, on introduit un gros stylet dans celle-ci ; en le relevant, on soulève le thymus. Sur 2 seulement des 122 cadavres, la veine brachiocéphalique gauche ne se trouvait pas entre le thymus et l'aorte ; chez l'un, elle occupait la face antérieure de la glande qu'elle croisait, dans sa direction ordi-

naire un peu oblique de gauche à droite et de haut en bas ; chez l'autre, elle était située en arrière du lobe gauche et en avant du droit, c'est-à-dire qu'elle traversait le thymus de sa face postérieure à sa face antérieure, en passant entre les deux lobes.

Von Recklinghausen, Nordmann (*R. S. M.*, XXXV, 253), A. Paltauf (*Wiener klin. Wochens.*, 1889, n° 46, et 1890, n° 9), Gluck (*R. S. M.*, XLV 633), Kundrat (*Wiener klin. Wochens.*, 1895) ont publié des faits de morts brusques d'adultes, à l'autopsie desquels on ne constatait d'autres lésions qu'une persistance ou une hypertrophie du thymus avec un état lymphatique universel. Ces morts étaient survenues soit à la suite de chloroformisations (20 cas de Kundrat), spécialement pour opérations portant sur le cou (Gluck), soit chez des baigneurs (von Recklinghausen, Nordmann). Les altérations anatomo-pathologiques consistaient habituellement en une cyanose plus ou moins prononcée de la face, une hyperémie du cerveau et des méninges, une fluidité du sang dans les veines du crâne, du cou et dans le cœur, de l'hypertrophie des ganglions lymphatiques, des amygdales, des follicules lymphatiques de la base de la langue, du pharynx et du larynx, du corps thyroïde, du thymus, de la rate, des plaques de Peyer et des follicules clos de l'intestin. Comme Gluck et Nordmann, D. admet la possibilité dans ces cas d'une mort amenée par la compression de la veine brachiocéphalique gauche due au thymus volumineux et à la paralysie consécutive du cœur. J. BEX.

BROSCH. Ueber Aspiration von Mageninhalt durt künstliche Athmung (De l'aspiration du contenu de l'estomac par la respiration artificielle) (*Deut. Arch. f. klin. Med., LVIII, p. 605*).

A l'occasion d'un cas où un convalescent de diphtérie mourut subitement à la suite d'un repas et où la respiration artificielle resta inutile, l'auteur trouva du chyme dans le larynx, la trachée et jusque dans les bronchioles; il se demande si ces masses alimentaires ont pénétré là pendant la vie et ont causé la mort, ou bien si elles ont été injectées là après la mort par les mouvements de la respiration artificielle. Il cherche à résoudre cette question par des expériences sur le cadavre. L'estomac étant rempli de bouillie alimentaire est recousu et la respiration artificielle est faite; dans toutes les expériences, des particules alimentaires furent retrouvées dans les bronches. Pour éviter cet accident, ni la trachéotomie, ni le procédé d'Howard (ne faire la respiration qu'après avoir placé un oreiller sous la région gastrique du corps retourné sur le ventre, pour vider les voies aériennes supérieures) ne lui ont donné de résultat certain. Le seul procédé, qui lui semble certain, est de pousser dans l'estomac, avant la respiration artificielle, un tube élastique, qui a en même temps l'avantage d'empêcher la langue de tomber en arrière.

C. LUZET.

C. POSNER. Die Florence'sche Reaction nebst Bemerkungen über Spermin (*Berlin. klin. Woch., 12 juill. 1897*).

Florence (*Arch. d'Anthrop. crimin.*, X et XI) a indiqué une réaction microchimique permettant la reconnaissance du sperme humain, alors

même que l'examen microscopique des taches suspectes imbibées d'eau reste en défaut. On trempe l'étoffe portant la tache suspecte dans de l'eau distillée ; on l'exprime sur un porte-objet, en y ajoutant une goutte d'une liqueur composée de : eau distillée 30 ; iodure de potassium 2,54 ; iode pur 1,65. A un faible grossissement, on constate alors la formation rapide de cristaux jaune d'ocre, de configuration variable qui se conservent mal car un excès d'eau ou de liqueur iodo-iodurée, l'éther, l'alcool, les acides et les alcalis les détruisent.

Johnston et Whitney (*Boston med. and. surg. J.*, 1897, n° 13) ont confirmé en gros les faits annoncés par Florence ; toutefois W. a vu que que le sperme de lapin offrait la même cristallisation et Max Richter (*Wiener klin. Wochens.*, 1897, n° 24) a fait la remarque identique pour le sperme canin.

Posner a reconnu que la réaction de Florence s'obtient aussi bien sur le sperme humain frais que sur le desséché, tandis qu'elle manque ou est peu nette quand ce sperme est putréfié. De même que Fürbringer, P. a obtenu la même réaction dans l'azoospermie et sur le liquide prostatique de l'adulte, exempt de tout spermatozoaire. Comme, d'autre part, Johnston n'a pu la constater dans un cas de spermatocèle, il est évident qu'elle n'est pas due à la présence des éléments figurés du sperme. Contrairement à Florence qui n'a pu la reproduire avec la spermine, P. y est parvenu sans difficulté, de même qu'avec un extrait glycériné d'ovaire ; en revanche, le réactif de Florence est resté inerte en présence de pipérazine, ce qui montre que cette substance n'est pas identique à la spermine, comme on l'a dit. Enfin, Richter a découvert que la choline fournissait la même réaction que la spermine, en présence du liquide de Florence.　　J. B.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

LE DENTU et Pierre DELBET. Traité de chirurgie : tome VI (*In-8°, 942 p., Paris, 1897*).

Le tome VI de cet important traité est consacré à l'étude des affections de la bouche, du pharynx et des voies aériennes supérieures, ainsi que du cou et du thorax. Les affections de la bouche, des lèvres, du pharynx ont été étudiées par H. Morestin ; signalons des chapitres intéressants sur la leucoplasie buccale et les tumeurs de l'amygdale et du palais. Gangolphe traite les maladies de l'œsophage. Lubet-Barbon, chargé des maladies du larynx et de la trachée, a résumé, avec sa compétence connue, les travaux les plus récents sur ce sujet. Lyot étudie les affections du corps thyroïde, la plus large place étant réservée au goitre proprement dit dont

la fréquence et les heureux résultats thérapeutiques obtenus par la cure chirurgicale nécessitent une attention spéciale. Arrou et Souligoux se sont chargés, le premier, des maladies du cou, le second, des lésions du thorax, fractures, luxations, plaies de poitrine, lésions du poumon, en mettant à profit les documents les plus récents sur la chirurgie pulmonaire.

A. CARTAZ.

W. GRUBE. Zur Lehre von der Chloroform-Narkose (*Archiv f. klin Chir., LVI, p. 178-188*).

L'auteur a dépouillé la statistique de 40,000 chloroformisations faites à la clinique chirurgicale de Kharkoff, de 1859 à 1896. On n'a observé sur ce nombre considérable d'observations que 3 cas de mort imputables au chloroforme.

Dans 5 0/0 des cas on a constaté des troubles de la respiration pendant la narcose ; dans 20 0/0 des cas, des vomissements, mais toujours sans complications.

Jamais la chloroformisation n'a fait apparaître d'albumine dans l'urine, mais toujours elle a augmenté l'albuminurie préexistante et a provoqué souvent de la mucinurie, rarement de la glycosurie, et dans un seul cas, de l'ictère.

MARCEL BAUDOUIN.

ARND. Ein Beitrag zur Technik der Äthernarkoze (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, 1er oct. 1897*).

L'anesthésie par l'éther est beaucoup plus difficile à obtenir qu'avec le chloroforme, si l'on ne considère pas comme des maux nécessaires la cyanose et le râle trachéal bruyant qui accompagnent l'éthérisation faite trop rapidement.

Afin de rendre possible l'emploi de l'éther dans les opérations sur la tête, Arnd préconise le procédé suivant qui lui sert depuis 3 ans et auquel ont recours également Kocher et Dumont.

Une fois le malade endormi, il entretient l'insensibilité sans masque, en faisant inhaler un mélange de vapeurs d'éther et d'air, à l'aide de l'appareil suivant : un flacon à double tubulure renferme l'éther dans lequel, au moyen d'une soufflerie à pédale, on fait arriver de l'air. Celui-ci, saturé de vapeur d'éther, arrive d'une façon ininterrompue par un tuyau en caoutchouc dans le coin de la bouche du patient ; comme le courant est dilué dans la cavité buccale par l'air inspiré librement grâce à l'absence du masque, il ne peut être dangereux. Lorsqu'il s'agit de maintenir longtemps l'anesthésie, on immerge le flacon dans une cuvette renfermant de l'eau à 35° pour éviter le refroidissement dû à l'évaporation, qui aurait pour conséquence de réduire la quantité d'éther nécessaire à l'imprégnation de l'air.

Le seul inconvénient du procédé, c'est la grande consommation d'éther dont une partie est inutilisée, le courant insufflé continuant pendant l'expiration ; mais l'aide, qui a les deux mains libres, peut y remédier en pinçant avec les doigts le tuyau d'amenée pendant l'expiration. J. B.

M.-J. PRESBAJENSKY. Le pansement au point de vue physique (*Ann. de l'Inst. Pasteur, XI, p. 699*).

Les méthodes modernes de traitement des plaies (antisepsie et asepsie) ne possèdent nullement les qualités bactéricides qu'on leur attribue, car on obtient d'aussi bons résultats en faisant les infractions les plus graves, contre ces méthodes. Ces méthodes, basées sur des données théoriques, mais non expérimentales, ont engendré des conflits entre les observations cliniques et les recherches bactériologiques. Il existe des conditions dans lesquelles les plaies fraîches ou granuleuses n'absorbent ni les substances chimiques (provenant du pansement), ni les bactéries et leurs produits (microbes pyogènes, de l'érysipèle, streptocoque, du charbon). L'expérience a démontré que ces conditions résident dans les propriétés physiques du pansement et du milieu ambiant, qui sont les armes les plus sûres et les plus importantes contre les microorganismes. Les succès brillants de la chirurgie moderne dans le traitement des plaies sont en grande partie dues à l'application rationnelle de ces propriétés physiques de nos pansements. P. TISSIER.

CREDÉ. Silber als ausseres und inneres Antisepticum (L'argent comme antiseptique à l'intérieur et à l'extérieur) (*Arch. f. klin. Chir., LV, 4, p. 861*).

Dans la première partie de ce travail, l'auteur fait la récapitulation de ses expériences antérieures et confirme les résultats obtenus alors, par des expériences nouvelles. L'auteur considère sa méthode comme pouvant rendre autant de services que l'antisepsie la plus compliquée et la plus minutieuse. Il a essayé d'obtenir la désinfection de l'organisme tout entier par les sels d'argent; mais il a obtenu très peu de chose par les injections sous-cutanées d'actol (lactate d'argent), parce que la solution injectée reste sur place et donne parfois lieu à des foyers de ramollissement. L'action, dans le sens de l'auteur, serait possible, si l'on pouvait faire circuler l'argent métallique directement dans le courant sanguin ou dans le courant lymphatique. La fabrique de produits chimiques de Heyden, à Dresde, présente une préparation d'argent qui se dissout presque complètement dans l'eau distillée, et reste dissoute dans les substances albuminoïdes et spécialement dans les liquides animaux vivants. Cette préparation d'argent se dissout dans l'eau dans la proportion de 1/20, et peut être injectée sous la peau en solution de 1/100 ou même plus concentrée, sans douleur aucune. L'auteur considère l'absorption de cette préparation par la peau comme démontrée, si l'on fait des frictions avec un onguent où elle entre en quantité assez notable. Les onguents avec cette préparation sont recommandés par l'auteur en cas de lymphangites, de phlegmons, de processus septiques qui surviennent dans les maladies infectieuses, comme la scarlatine, la diphtérie, etc.

MARCEL BAUDOUIN.

W. NŒTZEL. Ueber die Infection granulirten der Wunden (Sur l'infection des plaies bourgeonnantes) (*Arch. f. klin. Chir., LV, p. 543-548*).

Par ses expériences d'inoculation de cultures charbonneuses pures d'agar dans les bourgeons frais des plaies de moutons, l'auteur a pu prouver que les bourgeons intacts n'admettent pas l'accès des bacilles charbonneux dans le sang; par contre, de petites lésions des bourgeons suffisent pour le passage des agents infectieux. Ainsi une infection peut survenir à la suite d'un changement du pansement. Les inoculations du tétanos ont donné les mêmes résultats. Les facteurs immunisants actifs se composent de la paroi protectrice des granulations, de l'action mécanique des exsudats, de l'action bactéricide des exsudats et enfin, d'une façon secondaire, de la phagocytose. MARCEL BAUDOUIN.

F.-A. KEHRER. Die operativ Behandlung angeborener Kopfbrüche insbesondere der Hirnwasserbrüche (Traitement opératoire des encéphalocèles congénitales) (*Arch. f. klin. Chir., LVI, p. 160-167*).

Il s'agit d'un nouveau-né atteint d'une hydrencéphalocèle occipitale : une heure après sa naissance, on pratiqua la résection du sac qui contenait 450 grammes de liquide séro-sanguinolent. La substance cérébrale herniée pesait 30 grammes, et faisait partie, comme on l'a reconnu plus tard après examen, des hémisphères cérébraux. L'enfant guérit.

L'examen ultérieur montra qu'il était aveugle par atrophie des papilles; il était idiot. Les autres organes de la sensibilité étaient intactes.

MARCEL BAUDOUIN.

DUBUJADOUX. Rapport par CHAUVEL. Compression cérébrale par hémorragie extradure-mérienne, d'origine traumatique, sans fracture du crâne; trépanation, guérison (*Bull. Soc. chir., XXIII, p. 613*).

Homme ayant été violemment frappé. Insensibilité complète; hémiplégie gauche; saillie considérable de l'œil droit avec dilatation et insensibilité à la lumière. Pas de fracture du crâne, mais une dépression arrondie au niveau du muscle temporal droit. On soupçonne une hémorragie extradure-mérienne. Trépanation; ablation à la curette d'un caillot volumineux (83 gr.); l'artère méningée moyenne est saine. Amélioration très rapide de tous les troubles, et, enfin, guérison complète.

L'auteur et le rapporteur insistent : 1° sur l'absence de toute ecchymose; 2° sur la proéminence de l'œil du côté frappé, qui n'est pas notée dans les classiques et qui est l'indice d'une très forte compression cérébrale; 3° sur la possibilité, généralement niée, du décollement de la dure-mère au niveau du cône de dépression sous l'influence d'un choc par un corps de surface limitée; 4° sur la rapidité du retour des fonctions du cerveau malgré une compression considérable; 5° sur la nécessité d'intervenir rapidement dans les cas de ce genre. J. VANVERTS.

Charles PHELPS. Traumatic injuries of the brain (cerveau) and its membranes (*In 8° de 582 p., N. York, 1897*).

Ce livre est un exposé concis et systématique des traumatismes du

cerveau ; il est basé essentiellement sinon exclusivement, sur l'observation personnelle de 500 cas récents (dont 300 sont relatés dans un appendice).

La première partie est consacrée aux lésions traumatiques en général, et l'auteur donne une étude très complète de tout ce qui concerne la pathologie traumatique du cerveau. Signalons dans le chapitre III, d'après l'examen de 130 cas de lésions des lobes frontaux, une discussion de laquelle il semblerait résulter une relation directe entre les lésions du lobe frontal gauche seul et la perte ou le trouble des facultés intellectuelles, les lésions du lobe frontal droit n'affectant pas les facultés mentales. Plus loin une remarquable étude de diagnostic différentiel sert de préface au traitement des diverses lésions étudiées dans autant de paragraphes distincts.

La deuxième partie de l'ouvrage traite des blessures de la tête par coups de feu, et après une longue étude comparative des résultats de l'intervention et de l'abstention, Ch. Phelps semble incliner vers une intervention précoce.

Nous signalerons enfin une étude expérimentale des lésions du crâne et du cerveau par coup de feu, faite surtout au point de vue médico légal, illustrée d'un grand nombre de fort belles photographies. P. MAUBRAC.

NICOLL. Case of ligature of cerebral artery (*The Scottish med. and surg. Journ., p. 1121, déc. 1897*).

Il s'agit d'une femme de 62 ans sujette depuis un an aux vertiges, étant restée durant plusieurs jours à peu près sans connaissance et durant trois semaines dans un état marqué de stupeur et aphasique. Il y a un mois, elle fut prise de vertiges plus violents, puis perdit peu à peu connaissance, et eut une attaque épileptiforme.

A son arrivée à l'hôpital elle était sans connaissance, les pupilles égales et réagissant bien ; elle était prise d'accès épileptiformes violents très fréquents, et à ce moment on notait que la tête et les yeux étaient tournés à droite, avec convulsions du côté droit de la face, du bras et de la jambe droits. La zone motrice fut découverte, et une étendue de 5 pouces carrés de la boîte cranienne fut enlevée. Il existait un volumineux caillot sous-duremérien et à la surface du cerveau existait une cavité du volume d'un œuf de pigeon, à bords déchiquetés et contenant un caillot et des débris de substance cérébrale : dans cette cavité une artère laissait échapper du sang et on dut la lier : cette artère semblait être la branche frontale ascendante de la cérébrale moyenne.

La portion osseuse fut remise en place, et l'opération était à peine terminée que la patiente avait recouvré presque complètement sa connaissance. Durant trois semaines elle fut excitable, irritable et plus ou moins aphasique, puis la guérison s'établit complète. P. MAUBRAC.

William STEWART. Unilateral hydrocephalus : drainage of lateral ventricle (*The Scottish med. and surg. Journ., p. 805, sept. 1897*).

Il s'agit d'un homme de 20 ans qui, depuis son enfance, présentait du nystagmus et une augmentation du volume de la tête surtout du côté droit. Son intelligence était supérieure à la moyenne. En avril 1894, il eut une première crise épileptiforme, et depuis cette époque il a 7 ou 8 crises par

semaine. En 1896, on constate de plus de l'hémianopsie homonyme gauche avec intégrité du fond de l'œil. Les accès revenant plus graves et plus fréquents, on trépane, le 1er octobre 1896, au-dessus du lobe occipital droit. Le disque osseux enlevé est très épais et la dure-mère bombe aussitôt; cette membrane incisée, le cerveau fait saillie par l'ouverture et paraît normal; mais une incision montre que la couche corticale a à peine l'épaisseur d'une feuille de papier buvard, et un flot de liquide cérébro-spinal s'échappe du ventricule latéral considérablement dilaté. On laisse à demeure un drain dans le ventricule. L'amélioration est immédiate; l'écoulement du liquide céphalo-rachidien obligea à changer le pansement 4 et 5 fois par jour. Le 9e jour, sans cause appréciable, survint de la fièvre avec céphalalgie intense, polyurie (jusqu'à 6 litres par 24 heures). Le drain fut retiré le 11e jour, mais l'écoulement continua en diminuant jusqu'au 21e jour. Le malade quitta l'hôpital le 21 novembre, sans avoir eu de crises depuis son opération. La vision était très améliorée.

Le 7 avril (6 mois après l'opération), nouvelle crise épileptiforme, puis 5 crises dans la même journée; dans les jours suivants il eut jusqu'à 18 crises par 24 heures. Le 22 avril, nouvelle opération au niveau de l'ancienne cicatrice, et on introduit un drain dans le ventricule latéral; le liquide s'écoula en petite quantité et le drain fut retiré le 13 juin. Le 16 juin, la plaie était cicatrisée. Le 20 juin, 4 crises légères, mais depuis l'opéré n'a plus eu de crises (7 juillet 1897). P. MAUBRAC.

REBOUL. Section complète du nerf sciatique poplité interne par coup de fusil suture de ce nerf au sciatique poplité externe (*11e Congrès chir. Paris, p. 662, 1897*).

Jeune homme de 17 ans. Coup de fusil à la partie supérieure interne du creux poplité. Hémorragie facilement arrêtée; paralysie motrice et sensitive complète de la jambe et du pied. Cinq mois plus tard, les accidents persistant, on opère. On constate que le nerf sciatique poplité interne est complètement sectionné, que ses deux bouts, formés par deux névromes olivaires et contenant des grains de plomb, sont distants l'un de l'autre de 6 centimètres, que le sciatique poplité externe est aplati, comprimé par le tissu cicatriciel, conte; nant des grains de plomb. Reboul, ne pouvant amener à contact les deux bouts du nerf, fait une résection en double biseau du névrome du bout périphérique du sciatique poplité interne et l'insinue dans une fente verticale, comprenant toute l'épaisseur du sciatique poplité externe, maintenant les deux nerfs greffés par quatre points de suture à la soie, faisant ainsi une greffe interstitielle totale. Neuf mois après l'intervention le malade marche avec facilité et sans gêne. OZENNE.

J. STRAUSS. Zwei Fälle von isolirter peripherischer Lähmung des Nervus Musculocutaneus (*Berlin. klin. Woch., 13 sept. 1897*).

On ne connaît que 5 ou 6 observations de paralysie isolée du nerf musculo-cutané. Strauss en publie 2 nouvelles.

1° Homme de 49 ans, qui a reçu, pendant la guerre de 1870, un coup de sabre ayant traversé le creux axillaire droit d'arrière en avant. Immédiatement, faiblesse du coude droit et engourdissement de la face externe de l'avant-bras correspondant. Ces symptômes ont persisté jusqu'à l'heure actuelle. 6 ans après la blessure, apparition à la main droite d'une éruption psoriasiforme.

État actuel : Émaciation du bras droit dont le pourtour offre de 2 à 4 centimètres de moins que son congénère; sur la face externe, dépression entre les

insertions du deltoïde et du long supinateur. Cicatrices déprimées au niveau de la paroi antérieure de l'aisselle droite et du bord externe de l'omoplate droite. Sur le bas de la face antérieure de l'avant-bras, nombreuses taches, légèrement saillantes, rouge pâle, de la grosseur d'un pois ou d'un haricot, les unes arrondies, les autres irrégulières, mais résultant toutes de la confluence de plusieurs papules, une partie d'entre elles sont couvertes de squames d'un gris terne, très adhérentes. Rhagades à la face dorsale de la première articulation interphalangienne du pouce du médius, de l'annulaire et de l'auriculaire droits. De tous les muscles fléchisseurs de l'avant-bras, seul le faisceau externe du brachial antérieur fonctionne manifestement. A partir du coude, la sensibilité du côté radial du membre diminue de plus en plus à mesure qu'on descend. Suppression complète des excitabilités faradiques et galvaniques du biceps et du faisceau interne du brachial antérieur.

2° Jeune homme de 18 ans dont le bras droit a été fracturé au niveau du col chirurgical par l'arbre d'une machine, il y a 6 mois. Le membre supérieur pend flasque en extension et pronation et il offre une circonférence de près de 5 centimètres moindre que le gauche, l'atrophie porte sur les fléchisseurs; l'excavation de la face externe est encore plus marquée que chez le précédent. Flexion imparfaite réalisée à l'aide du long supinateur, réaction de dégénérescence du biceps et du brachial antérieur.

Comme signe diagnostique de la paralysie isolée du musculo-cutané, S. appelle l'attention sur la présence, à la face antéro-externe du bras, d'une vaste dépression située entre les attaches du deltoïde et la naissance du long supinateur, et due à l'atrophie du brachial antérieur.

J. B.

I. — John B. ROBERTS. The surgical treatment of suppurative pericarditis (*Trans. Amer. surg. Ass., XV, p. 101*).

II. — F.-C. SHATTUCK et Ch.-B. PORTER. Purulent pericarditis following pneumonia, pericardotomy..... (*Ibid., p. 127*).

I. — Dans ce travail très documenté, R. passe en revue les observations publiées jusqu'ici au nombre de 35. Il considère la ponction comme inefficace dans la plupart des cas et conseille l'ouverture large du péricarde avec drainage. Sur les 35 cas traités par l'incision, on a obtenu 15 guérisons; sur les cas mortels, 10 au moins étaient en pleine septicémie quand on est intervenu.

R. propose le procédé suivant : Incision verticale à 1 centimètre à gauche de la ligne médiane du sternum, commençant au niveau de la 4e côte, de 4 à 5 centimètres de long. 2e incision parallèle à la première commençant au bord supérieur de la 4e côte et à 4 à 5 centimètres de la première. Division des tissus sous-cutanés, section des 4e et 5e cartilages costaux sur le bord sternal, puis section des mêmes cartilages au bord externe du lambeau. Séparation minutieuse des tissus profonds des vaisseaux et de la plèvre. Le lambeau en volet étant relevé, on peut voir le péricarde qui est incisé verticalement ou obliquement; la cavité est lavée au moyen d'un tube à double courant et drainée. Suture des cartilages au catgut et du lambeau. R. donne en terminant le résumé des 35 cas connus.

II. — Dans l'observation de S. et P, il s'agissait d'un homme de 26 ans pris de péricardite purulente au cours d'une pneumonie grippale. L'ouverture du péricarde fut faite d'après un procédé analogue à celui de Roberts. La guérison

fut entravée par une pleurésie purulente, un érysipèle et des abcès axillaires et le malade mit près de six mois à se rétablir. Excellent état de santé depuis ce moment. A. CARTAZ.

D.-D. STEWART. Volumineux anévrisme du tronc innomimé (*Brit. med. Journ., p. 387, 14 août 1897*).

Il s'agit d'un anévrisme du tronc innominé, opéré trois ans et demi auparavant par Stewart. A l'époque de l'opération, le malade se trouvait dans de très mauvaises conditions ; il était alcoolique, syphilitique, présentait une double lésion cardiaque, mitrale et aortique, de l'athérome généralisé et une néphrite chronique. L'anévrisme formait une tumeur volumineuse à la base du cou. On le traita par l'électrolyse. Le résultat local fut excellent. La mort survint trois ans et demi après par ramollissement cérébral.

St. donne la description détaillée de la pièce anévrismale : les parois du sac sont très épaisses et la cavité est oblitérée par une masse indurée.

L'auteur, qui a traité deux autres cas par le même procédé et avec succès, estime que cette méthode est excellente. Il donne quelques renseignements sur son application. J. VANVERTS

H. ENGELBRECHT. Angioma arteriale racemosum (*Arch. f. klin. Chir., LV, p. 347-385*).

L'auteur passe en revue la littérature sur cette question, puis il expose ses recherches personnelles d'après 3 cas dont 2 ont exigé l'amputation de l'avant-bras. De l'examen microscopique de ces tumeurs, il ressort que, sur les limites de la télangiectasie, elles ne présentent pas de néoformations de vaisseaux, mais une transformation des vaisseaux d'ordre supérieur. Le point de départ reste toujours dans la multiplication des éléments constitutifs de la paroi vasculaire. La néoformation a son siège dans tous les tissus en commençant par les téguments et en finissant par les os. La coupe transversale fait voir la transformation des petites artérioles en capillaires. Les changements de pression déterminent une hypertrophie musculaire. Le tissu interstitiel est atrophié à la suite d'une irritation prolongée, et cette irritation provoque la néoformation dans le tissu conjonctif. La propagation de l'augmentation de volume sur les plus gros vaisseaux suit les lois physiologiques et, en somme, n'est autre chose qu'une dilatation de veines capillaires et des veines elles-mêmes. Les congestions sanguines de toutes sortes, dues à la pléthore, à la puberté, à la grossesse jouent un rôle dans le développement de ces tumeurs. MARCEL BAUDOUIN.

P. BERGER. Épithéliome aberrant de la thyroïde (*Cong. franç. chir., Paris, p. 15, 18 oct. 1897*).

Femme de 26 ans, portant une tumeur cancéreuse ulcérée du cou. Cette tumeur, du bord inférieur de la mâchoire, arrive à la clavicule et au sternum qu'elle déborde ; elle s'étend de la nuque, où elle pénètre profondément sous les muscles, à la ligne médiane antérieure au niveau de laquelle elle déjette la trachée et le larynx en sens opposé. Elle est profonde, mais indépendante des organes de la région sur lesquels elle est mobile. Fluctuante en arrière,

elle présente en avant un envahissement manifeste de la peau et des ulcérations végétantes caractéristiques : par ces ulcérations se font des hémorragies qui mettent la vie en danger. Cette tumeur, d'abord profonde, a mis six ans à s'accroître peu à peu ; elle ne peut être considérée que comme un épithéliome.

Ablation de la tumeur le 13 février ; au cours de l'opération qui fut excessivement difficile, on constate l'indépendance absolue de la trachée, du larynx, de l'œsophage, de la thyroïde qui sont intacts ; la fusion complète de la tumeur avec la jugulaire interne qu'il faut enlever dans toute sa longueur en dénudant dans la même étendue la carotide et le pneumogastrique. En arrière et en haut, la tumeur envoie un prolongement résistant en arrière de la carotide externe jusque vers l'apophyse.

La guérison se fit sans incident, mais lentement, en raison de l'étendue de la perte de substance.

Cette tumeur, qui est formée de masses de consistance et d'aspect gélatineux, est histologiquement constituée par des vésicules indépendantes les unes des autres, présentant l'aspect et les caractères des vésicules du corps thyroïde, une couche unique d'épithélium cubique ou cylindrique, un contenu colloïde, séparé par places du revêtement cellulaire par les produits de sécrétion des cellules. Dans l'intérieur de ces vésicules font saillie des végétations constituées au centre par un tissu conjonctif en continuité avec le stroma fibreux de la tumeur, à la surface par l'épithélium de revêtement des follicules refoulé dans la cavité par la prolifération du tissu conjonctif.

Ces masses épithéliales s'enfoncent dans le tissu cellulaire ambiant qui présente des lésions d'irritation chronique ; on y retrouve les premières ébauches de ces formations épithéliales sous forme de boyaux cellulaires pleins, ne renfermant pas encore de cavités.

C'est un épithélioma thyroïdien ayant pris son origine en dehors de la glande thyroïde elle-même, dans un lobe aberrant, dans une thyroïde accessoire latérale due à une déviation du bourgeonnement épithélial.

OZENNE.

JORES. Ueber Erkrankungen der Arterien der Struma (Lésions des artères du goitre) (*Ziegler's Beitr. z. path. Anat.*, *XXI*, *p. 211*).

L'auteur décrit des altérations disséminées de la membrane élastique interne des artères, dans les goitres. Ce processus fréquent dans les goitres parenchymateux colloïdes, et susceptible de se rencontrer dans le corps thyroïde non augmenté de volume, quoiqu'il n'ait rien de bien spécial, est cependant jusqu'à un certain point caractéristique par sa fréquence. Ce n'est pas une manifestation locale de l'artériosclérose ; il s'en distingue même par les processus dégénératifs de la membrane élastique interne amenant une calcification hâtive. Il s'agit plutôt d'un processus dégénératif et atrophique ou d'un processus inflammatoire, étant donné l'absence de prolifération des petites cellules et de vascularisation de l'adventice. L'auteur voit là un processus dégénératif, analogue aux autres dégénérescences produites par le goitre et de même nature.

C. LUZET.

Fr. KOPP. Remarques sur 200 cas d'opérations de goitre (*Rev. méd. Suisse rom., sept. 1897*).

Ces 200 opérations ont été pratiquées dans le service de Roux, du 21 mars 1891 au 14 février 1895, sur 195 malades.

L'influence de l'hérédité a été constatée dans 102 cas ; elle est beaucoup plus fréquente chez la femme (65 femmes pour 37 hommes) et elle est surtout manifeste pour les goitres à noyaux. Les opérés comprennent 72 hommes et 128 femmes, entre les âges de 7 à 74 ans.

144 malades ont demandé à être opérés pour troubles respiratoires; 9 pour gêne de la déglutition; 7 pour troubles simultanés de la respiration et de la déglutition; 7 pour rapide croissance de la tumeur; 8 pour motif esthétique; 5 pour douleurs; 5 pour palpitations; 3 pour inutilité du traitement médical; 1 pour troubles vocaux et 1 pour nervosisme.

24 hommes et 21 femmes accusaient des efforts comme cause de leur affection. Parmi ces 45 malades, 22 fois la tumeur occupait le lobe droit, 12 fois les 2 lobes latéraux, 8 fois le seul lobe gauche et 1 fois seulement le lobe médian; cela confirme l'opinion de A. Reverdin, que le goitre, par effort, siège surtout à droite. D'ailleurs le nombre des goitres développés exclusivement à droite est bien plus considérable. En décomptant les 15 goitres aberrants et ralliés, on trouve, parmi les 200 malades, 40 tumeurs développées des deux côtés, 80 siégeant principalement à droite, 43 exclusivement à gauche et 12 concernant le seul lobe médian.

L'influence de la vie génitale de la femme sur le goitre a été constatée chez 54 malades sur 124 : 13 opérées faisaient remonter le début de leur affection à la puberté; chez 15, le goitre éprouvait des changements de volume au moment des règles; 10 fois, la tumeur s'est formée à la ménopause ou bien, n'ayant provoqué jusqu'alors aucun signe de compression, a présenté alors une poussée et commencé à gêner; 7 fois, c'est pendant une grossesse que la tumeur est apparue; enfin 9 fois ce furent des accouchements répétés qui déterminèrent le développement du goitre ou l'accroissement subit d'une tumeur préexistante. Chez 7 femmes des 13 où le début du goitre datait de la puberté, il s'agissait d'un goitre à noyaux, dérivé de l'adénome fœtal, ce qui vient à l'appui de l'idée de Wölfler.

Dans 103 cas, la croissance de la tumeur a été lente et uniforme; dans 55, elle a été rapide; dans 42, elle s'est opérée par poussées. A côté des augmentations rapides dues à la vie génitale chez la femme, aux efforts chez l'homme, il y a à signaler celles dues aux maladies infectieuses, surtout à la grippe (10 cas).

167 malades se plaignaient plus ou moins de troubles respiratoires, mais 33 seulement avaient des accès de suffocation, au moindre prétexte; 49 avaient du cornage. Chez 51, la trachée était plus ou moins déplacée et chez 41, elle était en outre aplatie ou tordue.

66 malades accusaient de la gêne de la déglutition due tantôt à une poussée aiguë, tantôt à la consistance dure de la tumeur, tantôt à son volume, tantôt, enfin, à son siège.

106 malades présentaient une altération de la voix et 17 d'entre eux avaient une paralysie plus ou moins complète d'une corde vocale. Chez 22, l'opération n'a eu aucun effet sur le trouble vocal.

59 fois, le goitre a eu un retentissement sur le cœur; 8 fois, il s'agissait de maladie de Basedow ou de symptômes s'en rapprochant plus ou moins; 13 fois, de lésions organiques et 37 fois, de palpitations, d'arythmie, etc. Une femme de 32 ans, atteinte de goitre exophthalmique avec 150 pulsations et état général très mauvais, subit la simple ligature de 3 artères thyroïdiennes. L'opération, pratiquée sans anesthésie générale ou locale, ne dura que quelques minutes. Mort le même jour par tétanie et asystolie (210 pulsations). Un autre cas de maladie de Basedow, opéré par ligature de 2 artères thyroïdiennes, en 1896, par Roux, s'est aussi terminé rapidement par la mort, au milieu des mêmes phénomènes.

Sur les 200 tumeurs opérées, 9 étaient malignes : 6 cancers et 2 sarcomes dont un réopéré. Les renseignements font défaut sur l'un des opérés de sarcome. L'autre, 3 mois après, a eu une récidive locale qui a nécessité une nouvelle intervention; le malade refusa la résection de la trachée envahie et mourut peu de temps après. Quant aux cancers, une femme âgée de 74 ans et cachectique est morte, guérie de son opération, peu de temps après. 2 malades ont succombé au bout d'un an, l'un à une récidive locale, l'autre au marasme, en présentant une métastase énorme dans le sternum. Un homme de 52 ans, opéré pour un énorme goitre plongeant, est mort 2 ans 1/2 plus tard, présentant 2 grosses tumeurs osseuses, l'une au crâne, l'autre au bassin. Dans le thorax, entre la trachée et l'œsophage, se trouvait un cancer encapsulé, du volume d'un œuf de poule, ne siégeant pas dans un ganglion. La 5e malade avait un vieux goitre kystique à coque épaisse, dont le centre avait subi la dégénération cancéreuse, ainsi que les ganglions sus-claviculaires; elle est morte d'apoplexie, 4 ans après l'opération, sans récidive locale. Enfin, dans le dernier cas, il s'agissait d'un cancer encore mobile du lobe droit; on dut lier la carotide primitive, couper le pneumogastrique et réséquer 5 anneaux trachéaux envahis; après 6 ans, la femme est encore en parfaite santé.

72 des tumeurs opérées présentaient un prolongement intrathoracique.

131 des opérés ont été anesthésiés avec la cocaïne, 38 ont été endormis et 31 ont subi l'intervention sans aucune anesthésie préalable.

Une fois, on a été obligé de faire la trachéotomie deux jours après l'opération, parce que le dégagement d'un goitre plongeant, adhérant à la plèvre, avait occasionné l'entrée d'air dans le médiastin; la malade a succombé à une broncho-pneumonie double.

142 des opérations ont été suivies de drainage pendant 48 heures. Il y a eu 2 cas d'infections sérieuses. Dans le premier, terminé favorablement, pendant 2 semaines on constata une température de 39 à 40° avec état typhoïde. Dans l'autre, il se développa une médiastinite phlegmoneuse avec péricardite, pneumonie et mort.

La mortalité a été de 2 0/0, 4 décès sur 200 interventions.

Les complications post-opératoires ont consisté en : 19 cas de troubles respiratoires dont 3 tenant à la compression de la trachée par un hématome et les autres à des bronchites ou des pneumonies; 9 cas d'hémorragies dont 3 (1 veineuse) ont nécessité des ligatures; 1 cas de thrombose de la jugulaire interne; 2 cas de tétanie dont 1 mortel (cas de goitre exophthalmique cité plus haut) et 2 cas de cachexie strumiprive ou de myxœdème peu accentués.

Kopp a examiné l'état des portions restantes du corps thyroïde sur 103 des opérés, après un laps variable de 6 ans à 1 an 1/2. 36 fois, elles avaient plus ou moins augmenté de volume; 45 fois, leur volume était resté stationnaire et 12 fois, seulement, leur volume avait diminué. Chez 17 opérés, l'augmentation de volume des parties laissées était assez considérable pour qu'on pût parler d'une récidive. La récidive est le plus commune dans les goitres à noyaux, tandis que dans les kystes solitaires, il y a le plus souvent atrophie de la portion restante. J. B.

BRAZIS. Ueber den Klinischen Verlauf..... (Marche clinique et traitement des lymphangiomes congénitaux de la paroi thoracique) (*Beiträge zur klin. Chir.*, *XVIII*, *2*).

L'auteur rapporte quatre observations de cette affection. La première, de Boeckel, concerne un enfant de 1 mois qu'on ne put opérer à cause de son état de cachexie ; diagnostic vérifié à l'autopsie. Les trois autres purent être opérés par Madelung.

La première, fille de 7 mois, avait dans l'aisselle gauche une tumeur grosse comme le poing; dissection poussée sous les muscles jusqu'à la clavicule et l'omoplate. Extirpation facile ; drainage. Guérison.

Le deuxième, un garçon de 2 ans 1/2, portait sur le côté droit du thorax une tumeur du volume du poing, allant de la 3e à la 9e côte ; extirpation, drainage. Guérison.

Le troisième cas concerne une fille de 15 ans, qui présentait dans l'aisselle gauche une tumeur du volume d'une tête, apparue à l'âge de 12 ans, et qui s'étend en dedans jusqu'au sternum, en bas jusqu'à la 9e côte, en haut dans le creux sus-claviculaire; fluctuante dans la partie supérieure, elle est dure dans la partie inférieure. Une ponction donne issue à 250 centimètres cubes de liquide rouge brun. L'application d'un bandage élastique pendant 14 jours n'amena aucune modification. L'extirpation du néoplasme est pratiquée le 24 janvier 1895, par une incision longitudinale, et la dissection sous les muscles pectoraux ; section temporaire de la clavicule pour aborder le prolongement sus-clavier. Tamponnement et réunion secondaire, le troisième jour ; suppuration, guérison. La tumeur était un lymphangiome kystique.

L'auteur a trouvé 23 observations semblables dans la littérature. Au point de vue de l'âge des malades, des dimensions de la tumeur, variations très grandes ; on a pu en observer au 4e, au 5e mois de la vie intra-utérine. La consistance est généralement ferme, souvent inégale, avec des points fluctuants. La peau peut être normale ou adhérente, sillonnée de veines, d'une couleur bleuâtre. La communication d'un kyste avec le système veineux a été vue. Quant au traitement, la ponction ne peut avoir qu'un effet momentané ; la compression élastique peut donner une diminution de volume passagère ; l'électrolyse a donné une amélioration et une mort. Le traitement de choix paraît donc être l'extirpation ; sur 21 cas, 18 guérisons ont été obtenues ; deux morts sont dues à l'infection, la troisième au choc opératoire. ROBINEAU.

G. EKEHORN. Die Dermoidcysten des Mediastinum anticum (*Arch. f. klin. Chir.*, *LVI*, *p. 107-159*).

L'auteur analyse 31 cas de kystes dermoïdes du médiastin antérieur. Cette affection est de très longue durée, de plusieurs années. Comme signes caractéristiques il faut signaler :

1° L'expectoration des cheveux notée dans plusieurs observations et due à l'ouverture du kyste dans une bronche ;

2° La voussure du thorax depuis longtemps.

Les autres symptômes sont identiques à ceux des autres tumeurs du médiastin. L'âge des malades dans ces 31 observations variait de 20 à 30 ans.

L'extirpation du kyste étant impossible, il faut se borner souvent à réséquer et cautériser au fer rouge les parois, et drainer la poche.

MARCEL BAUDOUIN.

Herbert ALDERSON. Un cas de côtes cervicales (*Brit. med. Journ., p. 1630, 4 déc. 1897*)

Jeune femme présentant au niveau de la portion droite du cou une tumeur dure, légèrement douloureuse. L'examen radiographique, qui est joint à la communication, montra qu'il existait à gauche une côte cervicale rudimentaire, et à droite une longue côte cervicale très oblique.

L'auteur donne la bibliographie de cette question des côtes cervicales.

J. VANVERTS.

E. POTHERAT. 2 cas de kystes hydatiques du poumon (*11e Congrès chir. Paris, p. 363, 1897*).

Le premier de ces faits se rapporte à un jeune homme, supposé tuberculeux, qui présentait, au niveau de la scissure interlobaire du poumon gauche, une collection, dont une ponction avait révélé la nature purulente. Une incision pratiquée à ce niveau montra que la plèvre était saine, mais, celle-ci sectionnée, on perçut un tissu induré qui fut incisé et l'on pénétra dans une cavité d'où s'échappa un peu de pus et une grande quantité de vésicules hydatides flétries. Traitement ordinaire. Guérison.

Dans le second cas il s'agit d'un homme de 41 ans, chez lequel des symptômes pulmonaires et un aspect extérieur faisaient penser à une tuberculose avancée, bien que, dans les crachats, il n'existât aucun bacille de Koch. Une voussure s'étant formée à la partie inférieure du thorax à droite fut ponctionnée et on retira un demi-litre de pus. L'empyème fut alors pratiqué.

L'espace intercostal incisé, la plèvre fut trouvée décollée des deux côtes sus- et sous-jacentes et adhérente au feuillet viscéral. Une incision du parenchyme pulmonaire fut faite à ce niveau et à une profondeur de 7 millimètres on pénétra dans une vaste poche remplie d'un pus nauséabond et contenant un kyste hydatique non suppuré, autour duquel s'était produite la suppuration. Lavages et drainage de la poche. Guérison complète au bout de 4 mois.

OZENNE.

LÉPINE. Abcès gazeux sous-phrénique (*Revue de méd., 10 déc. 1897*).

Dans le cas où le diagnostic pourra être embarrassant, on se guidera sur les signes suivants :

1° L'existence d'anamnestiques abdominaux ;

2° L'absence de signes d'une affection thoracique au moins au début ;

3° La circonscription des signes du pneumothorax à la partie supérieure de l'abdomen ;

4° Le déplacement des zones sonores et mates, plus complet que dans le cas de pneumothorax ;

5° L'abaissement souvent colossal du foie;
6° L'intégrité de la partie supérieure du thorax;
7° Enfin on pourra essayer le signe de Pfuhl, consistant à introduire une des branches d'un manomètre dans la collection gazeuse.

Est-on au-dessous du diaphragme, il y aura une augmentation de pression pendant l'inspiration. Théoriquement, ce signe est excellent, mais il est possible que fort souvent il ne donne pas de résultat, la paralysie du diaphragme se rencontrant d'après Nowack, dans 70 et peut-être même dans 75 0/0 des cas. C. GIRAUDEAU.

James MAC NAUGHT. Abcès sous-phrénique et empyème; guérison (*Brit. med. Journ.*, *p. 1280*, *22 mai 1897*).

Homme de 33 ans, ayant eu autrefois des troubles gastriques. Jamais d'hématémèses, vives douleurs épigastriques et vomissements. Pas de symptômes de péritonite généralisée. Traitement par la morphine. Dix jours après, douleurs au niveau de l'angle de l'omoplate droite; il existe de la fièvre, de la toux et de la dyspnée. On entend quelques frottements pleuraux au niveau de la région douloureuse. En l'absence de toute cause de pleurésie on pense à une lésion sous-phrénique d'origine gastrique ou duodénale. Deux jours après, apparition d'une tuméfaction à l'épigastre qu'on reconnaît être la face supérieure du lobe gauche du foie repoussée en bas; tout le foie est du reste abaissé. Tympanisme remplaçant la matité hépatique. Une ponction, faite entre les 9e et 10e côtes sur la ligne axillaire postérieure, ramène du pus fétide.

Incision; grande quantité de pus et gaz fétides. Une ponction, faite dans la plèvre, y montre l'existence d'un épanchement séreux. Cependant la dyspnée augmente, l'état général reste mauvais. On soupçonne que l'épanchement pleural est devenu purulent. Par la ponction aspiratrice on retire en effet 300 grammes de pus. Lavage pleural par la canule de ponction. Le 3 novembre, résection de la 7e côte car l'épanchement pleural s'est reproduit. La guérison est complète en 3 mois.

Il s'agissait ici d'une perforation de l'estomac ou du duodénum, probablement petite, et ayant ainsi permis l'enkystement de l'épanchement.

J. VANVERTS.

C. ROSAIN. Contribution à l'étude des abcès gazeux sous-diaphragmatiques. (*Thèse de Paris*, *1897*).

Ces abcès qui ne sont peut-être pas aussi rares qu'on le pense communément, sont consécutifs à des perforations du tube digestif ou à des lésions d'autres organes. On est obligé, pour expliquer le développement de cette seconde sorte d'abcès, d'admettre la production de gaz au sein de péritonites partielles sous l'influence de microbes spéciaux. Le traitement de ces abcès consistera en l'ouverture de la collection par diverses voies, transpleurales ou par la résection extrapleurale du rebord costal pour la variété thoracique, sus-ombilicale pour la variété abdominale.

J. VANVERTS.

LEJARS, MICHAUX. Des abcès sous-phréniques (*Bull. Soc. chir.*, *XXIII*, *p. 643*).

Lejars relate l'observation d'un malade atteint d'abcès gazeux sous-phrénique et qui, malgré l'état général très mauvais dans lequel il se trouvait

guérit par l'incision de la collection. On avait pensé à un néoplasme malin de l'abdomen.

Michaux a opéré un malade atteint d'abcès sous-phrénique qui, à l'autopsie, fut reconnu être une variété de péritonite tuberculeuse enkystée sus-hépatique.

Routier a eu l'occasion de pratiquer dans deux cas d'abcès sous-phréniques devenus fistuleux la résection du gril costal, car la rigidité de la paroi thoracique avait entretenu ou produit la fistule.

Berger a ouvert et guéri sans résection costale un abcès sous-phrénique d'origine appendiculaire.

Potherat, ayant incisé simplement un abcès sous-phrénique, a vu la fistulisation persister. C'est un nouveau fait qui montre l'utilité de la résection de la paroi thoracique dans ces cas.

Picqué, après avoir rappelé l'historique de la question, constate qu'on a tendance à faire rentrer toutes les périhépatites dans le cadre de l'abcès sous-phrénique, ce qui est une erreur. Il relate deux cas où il est intervenu avec succès. Le début de l'affection est généralement brusque et son évolution rapide. La pleurésie concomittante est observée assez souvent, et l'épanchement pleural peut être infecté secondairement par le colibacille ; mais cette complication est facilement curable par l'incision de la plèvre avec résection costale.

Jalaguier rapporte un cas d'abcès sous-phrénique qu'il a ouvert, après avoir réséqué la 9e côte, car il croyait à une pleurésie purulente diaphragmatique. La cavité de l'abcès se dirigeait vers la fosse iliaque droite. L'opéré guérit en six semaines.

Lejars rapporte un second cas d'abcès sous-phrénique consécutif à une perforation de l'estomac. La mort survint, malgré l'incision de la collection. L. fait remarquer qu'il est important de maintenir la distinction entre les simples collections suppurées sous-diaphragmatiques et l'abcès gazeux proprement dit. Celui-ci suppose une perforation du tube digestif ou du poumon ; ce qui représente un élément capital pour la pathogénie et le pronostic.

Ch. Monod est intervenu dans deux cas d'abcès sous-phrénique. Dans le premier, il existait deux poches, l'une sous et l'autre sus-phrénique, communiquant par une perforation du diaphragme. La guérison fut obtenue après deux incisions, l'une abdominale, l'autre thoracique. Dans le second cas, la collection sous-phrénique, qui était consécutive à un ulcère perforant de l'estomac, s'était rompue dans la plèvre et le poumon ; l'état général du malade était très mauvais. La mort survint malgré l'opération.

Les causes de ces *pyo-thorax sous-phréniques* peuvent être multiples ; mais ce sont en général des lésions gastriques, ulcéreuses ou non. Le diagnostic, souvent difficile, sera souvent éclairé par la constatation d'une saillie épigastrique, par l'interrogatoire du malade et par l'exploration des autres régions du ventre. L'incision, qui doit toujours être précoce, sera faite par la voie abdominale ou par la voie thoracique suivant les cas. La voie thoracique est cependant plus souvent indiquée.

J. VANVERTS.

Eugène VILLARD. De la gastrostomie temporaire dans les rétrécissements cicatriciels de l'œsophage (*Cong. Assoc. franç. St-Étienne, août 1897*).

V. croit que, dans l'immense majorité des cas, la gastrostomie ne doit être qu'une opération temporaire, qui permettra de gagner du temps, de reprendre le cathétérisme momentanément suspendu.

L'observation suivante vient à l'appui de ces considérations. Il s'agit d'une femme âgée de 45 ans qui présentait depuis quatre ans un rétrécissement cicatriciel consécutif à l'ingestion d'acide sulfurique. Régulièrement cathétérisée, cette femme avait pu s'alimenter par l'œsophage jusqu'au mois de juin 1897; à cette époque, à la suite de cathétérismes maladroits, la déglutition devient impossible même pour les liquides, et au moment où elle rentre à l'Hôtel-Dieu, depuis 10 jours elle n'avait rien mangé. Etat général mauvais. Poids : 39 kilogrammes. Gastrostomie en deux temps et, pendant neuf jours, la malade est alimentée par la voie stomacale. Au bout de ce temps, le cathétérisme œsophagien redevient possible, ainsi que la déglutition des liquides. A partir de ce moment, la dilatation régulière de l'œsophage est poursuivie. Deux mois plus tard, une opération est pratiquée dans le but d'oblitérer la fistule stomacale. Autoplastie à trois plans de suture. Persistance pendant quelque temps d'une fistulette insignifiante. Guérison définitive complète en novembre. Cette malade avait engraissé de 11 kilogrammes. Actuellement, alimentation buccale régulière; de temps en temps, cathétérisme destiné à maintenir le calibre de l'œsophage. A. C.

RUMPEL. Die klinische Diagnose der spindelförungen Speisoröhrenerweiterung (Le diagnostic de la dilatation fusiforme de l'œsophage) (*Münch. med. Woch., p, 383 et 420, 13 et 20 avril 1897*).

L'auteur dans un cas obscur arrive à diagnostiquer un diverticule œsophagien par le procédé suivant : 1° l'on enfonce la sonde à 28-30 centimètres, on retire environ 100 centimètres cubes de liquide laiteux trouble, en enfonçant davantage 300 centimètres cubes de liquide stomacal ; 2° la sonde étant dans l'estomac on introduit une 2e sonde à 30 centimètres, on y fait couler un verre de liquide, celui-ci revient par la 2e sonde sans revenir par la 1re ce qui prouve qu'il n'a pas passé dans l'estomac, mais peut être expliqué par un spasme œsophagien autour de la sonde. 3° Si on emploie une sonde à plusieurs fenêtres étagées, qu'on l'introduise dans l'estomac, le liquide introduit par une 2e sonde à 30 centimètres devrait pouvoir passer dans l'estomac par les ouvertures supérieures; s'il ne le fait pas, comme on le constate dans ce cas, on en conclut : ou bien que les ouvertures sont bouchées par le spasme œsophagien, ou qu'il excite un diverticule latéral. C. LUZET.

H. BRAUN. Ueber den Verschluss..... (Sur l'occlusion d'un ulcère perforant de l'estomac à l'aide de l'épiploon) (*Centr. f. Chir., 3 juill. 1897*).

Une femme de 40 ans, souffrant de l'estomac depuis 6 ans, mais surtout depuis 2 mois, avec vomissements alimentaires et sanglants, est prise de douleurs extrêmes. Amaigrissement marqué; on trouve en connexion avec un estomac dilaté une tumeur dure grosse comme un œuf d'oie. On diagnostique ulcère de l'estomac, sténose du pylore, et on réserve la possibilité d'un cancer greffé sur l'ulcère. On décide la gastro-entérostomie (déc. 1893). Dans le péritoine, léger exsudat; dans les manœuvres de décollement de la tumeur, très adhérente, on trouve des adhérences molles, suppurées, et l'on arrive sur une perforation de l'estomac, sur sa paroi antérieure. On essaye de l'obstruer par des sutures qui sectionnent les tissus voisins amincis; une tentative de fixation à la paroi ne peut aboutir pour le même motif. Une large languette d'épiploon est alors appliquée sur la perforation qui s'est

agrandie, et on la fixe par des sutures à distance. Gastro-entérostomie par le procédé de von Hacker. Guérison maintenue depuis 3 ans 1/2.

L'auteur insiste sur les avantages présentés dans ce cas par l'occlusion à l'aide de l'épiploon, et rapporte un cas de Bennett qui offre quelques analogies. ROBINEAU.

ADAMSON et Crawford RENTON. Deux cas d'intervention pour perforation d'ulcère d'estomac (*Brit. med. Journ.*, *II*, *p. 453*, *1897*).

1° Laparotomie pour une perforation d'ulcère d'estomac survenue quelques heures auparavant et ayant déterminé un épanchement de gaz et de liquide dans le péritoine. Suture de la perforation. Lavage du péritoine ; drainage. Guérison.

2° Laparotomie pour une perforation d'ulcère gastrique survenue quatre jours auparavant. On ne trouve pas de péritonite, et la perforation de l'estomac n'est pas découverte. La mort étant survenue, on constate l'existence d'adhérences de la portion cardiaque de l'estomac au diaphragme, circonscrivant une cavité dans laquelle un ulcère de la paroi postérieure de l'estomac s'était ouvert. J. VANVERTS.

CORDIER. Gastro-jejunostomy in gastrectasis (*Med. Record*, *25 sept. 1897*).

Les résultats de la pylorectomie dans les cas de tumeurs malignes, sont entachés d'une mortalité si élevée que C. tient ce procédé comme non justifié chirurgicalement. Il lui préfère le gastro-jéjunostomie laquelle permettant à l'estomac du cancéreux de se vider, combat ainsi utilement l'élément douleur. Dans les cas de rétrécissements non cancéreux du pylore avec gastrectasie consécutive, le gastro-jéjunostomie trouverait également son indication et serait supérieure dans ses résultats aux autres méthodes de gastro-entérostomie. CART.

CZERNY et VAN ITERSON. Chirurgie de l'estomac et de l'intestin (*Méd. moderne 4 sept. 1897*).

Czerny, dans le cancer de l'œsophage, n'a pas obtenu de cure radicale par la résection, mais la gastrostomie lui a donné d'excellents résultats.

Pour le pylore la pylorectomie lui a fourni 10 0/0 de guérisons radicales. Mais il est très important de faire un diagnostic précoce. Quand la pylorectomie n'est pas possible, la gastro-entérostomie est une excellente opération palliative qui équivaut parfois à la guérison.

Enfin, la résection du rectum cancéreux lui a donné 20 à 25 0/0 de guérisons radicales. Quant à la colotomie, elle est indiquée lorsque l'ablation est impossible.

Van Iterson, se basant sur une statistique personnelle de :

16 gastrostomies avec 12 guérisons et 4 morts (après 7, 8, 9, et 10 jours); 20 gastro-entérostomies avec 19 guérisons et 1 mort (après 34 jours); 2 résections du pylore dont 1 guérison depuis 16 mois et 1 mort (après 29 jours) ; 1 jéjunostomie, mort par volvulus (après 14 jours ; 2 résections intestinales, 2 guérisons ; 10 anus artificiels avec 9 guérisons et 1 mort (après dix jours), opérations toutes pratiquées sans anesthésie générale, conclut qu'il y a grand avantage pour les rétrécis du tube

digestif à être opérés sans sommeil au chloroforme ou à l'éther. On évite ainsi le collapsus si redouté dans les premiers jours après l'opération, et les vomissements post-opératoires si dangereux, tout en diminuant considérablement les chances d'hypostase pulmonaire. OZENNE.

T.-R. JESSOP. Carcinome du pylore, pylorectomie (*Brit. med. Journ.*, *II*, *p. 1632*, *1897*).

L'auteur rappelle qu'un malade qu'il a opéré en 1891 de pylorectomie pour cancer est encore en excellente santé.

Il rapporte l'observation d'une femme atteinte de cancer du pylore et à qui il enleva au moins le tiers de l'estomac et même une portion du duodénum. Il se contenta d'unir directement à l'aide de sutures le duodénum et l'estomac. La guérison fut obtenue rapidement et l'estomac recouvra son fonctionnement normal. Quatorze mois après l'opération, la malade jouit d'une excellente santé. J. VANVERTS.

SUMMA et BERNAYS. The history and diagnosis of a case of carcinoma of the stomach and the first operation of excision of the stomach in America (*Journ. Amer. med. Ass.*, *12 fév. 1898*).

Femme de 42 ans, atteinte d'un épithéliome de la grande courbure. Malgré la cachexie, la résection totale du viscère fut décidée et pratiquée par B. le 9 janvier 1898, sous le chloroforme. La durée de l'opération fut de 2 heures; 36 heures après, l'opérée succombait sans cause apparente. Autopsie partielle : pas trace de péritonite ; l'union bout à bout œsophago-intestinale était excellente.

Dans le but de faciliter la suture entre le bout œsophagien et le bout intestinal, que ce dernier soit le pylore, le duodénum ou le jéjunum, B. conseille de faire l'union avant que l'estomac ne soit complètement séparé de l'œsophage. Par cet artifice opératoire, l'œsophage est maintenu plus accessible et presque tous les points de suture peuvent être insérés avant l'ablation finale de l'estomac. CART.

A.-P. ZELENKOW. Sur le traitement opératoire des rétrécissements du pylore (*Vratch*, *n*^os^ *8-9*, *1898*).

La pylorectomie n'est indiquée que dans les néoplasmes du pylore sans adhérences et sans métastases. La distension du pylore cicatriciel par voie non sanglante (procédé de Loreta) ne trouve aucune application dans les opérations sur le pylore. On peut également éliminer la pylorectomie partielle de Czerny-Maurer, en la remplaçant par la gastro-entérostomie.

La pyloroplastie est indiquée dans les rétrécissements cicatriciels, surtout après les brûlures avec les acides minéraux, quand il n'y a ni vaste ulcération, ni épaississement considérable des parois du pylore. Elle est inoffensive, si l'état général est bon (sur 32 cas, 3 morts par cachexie);

Dans tous les autres cas, on s'adressera à la gastro-entérostomie qui sera large (5-7-8 centim). La gastro-entérostomie rétrocolique postérieure (procédé de Hacker) déplace le moins les organes sousjacents et assure le mieux le passage du contenu stomacal dans l'intestin.

Déjà le deuxième jour après l'opération, on peut (et quelquefois on dit) permettre une alimentation légère et liquide. Les lavements alimentaires ont peu de valeur et peuvent même provoquer des complications susceptibles de compromettre l'opération. H. FRENKEL.

KRUEGER. Appendicitis und ihre Beziehungen zu den weiblichen Genitalorganen (Appendicite et ses rapports avec les organes génitaux de la femme) (*Deutsche Zeitschr. f. Chir., XLV, 3 et 4, p. 401*).

L'auteur s'est occupé à l'instigation de Sonnenburg du diagnostic différentiel entre l'appendicite et les affections inflammatoires gynécologiques. Il relate 21 observations. Sonnenburg a trouvé, dans sa pratique, que les pérityphlites sont, en général, plus rares chez la femme que chez l'homme (40,67 0/0 chez la première et 59,33 0/0 chez le second). L'auteur se range à l'avis de Fowler, Waldeyer et d'autres auteurs, non moins compétents, et affirme que l'appendice chez la femme a un moyen de fixité au péritoine en plus que celui de l'homme. Ce moyen de fixité en plus est constitué par le ligament appendiculo-ovarien, lequel est longé par une artère destinée à l'appendicite. Cette disposition anatomique explique la plus grande rareté d'appendicite chez le sexe féminin. Le diagnostic différentiel d'une appendicite simple chez la femme doit être fait avec la pelvi-péritonite. Ces deux affections ont une allure semblable en excitant le péritoine. Une appendicite perforante chez la femme peut être confondue avec une paramétrite puerpérale.

Des foyers enkystés et épaissis, qui sont restés après une appendicite suppurée chez la femme, doivent être reconnus et différenciés des anciens abcès para et périmétritiques et des pyosalpynx. En somme, en tenant compte des antécédents et des commémoratifs et en faisant un examen local précis et minutieux, on arrive presque toujours à un diagnostic exact si un seul des organes est intéressé, soit l'appendice, soit un des organes génitaux de la femme.

Si les deux sont malades, le diagnostic est presque impossible à faire. Dans 2 cas de grossesse tubaire rompue, on a constaté pendant l'opération des adhérences contractées entre l'appendice et les membranes de l'œuf.

MARCEL BAUDOUIN.

L. CHASTANET. Recherches sur l'appendicite (*Thèse de Paris, 1897*).

Le premier chapitre de ce travail est consacré à l'étude de la pathogénie de l'appendicite par infection d'origine intestinale. D'une série d'expériences diverses l'auteur conclut que l'appendice est le point faible du tube digestif à cause de sa structure et à cause de ses dispositions anatomiques. Les infections s'y cantonnent et s'y exagèrent à cause de la stagnation des liquides septiques contenus dans sa cavité.

Dans la seconde partie, C. étudie l'envahissement du péritoine et de l'organisme tout entier par l'élément microbien. Il n'étudie que la septicémie d'ordre réflexe, sans perforation de l'appendice septicémié, comparable à celle de la hernie étranglée.

Le troisième chapitre traite des rapports de l'appendicite et de la grossesse. 20 obs. inédites. OZENNE.

V. ESNAULT. Contribution à l'étude de l'appendicite, particulièrement à siège pelvien (*Thèse de Paris, 1897*).

Ce travail a été fait d'après une série d'observations inédites de Broca. L'auteur insiste sur le pronostic de l'appendicite pelvienne qui serait extrêmement sérieux, même quand on a ouvert la poche purulente, à cause de la difficulté du drainage. 3 méthodes ont été employées pour ouvrir ces abcès pelviens : 1° l'incision latérale avec décollement du péritoine, que Broca a employée avec succès ; 2° la voie rectale, préconisée par Dormoy, qui est aveugle ; 3° la voie vaginale. L'auteur se déclare partisan de la combinaison des voies abdominale et vaginale. J. VANVERTS.

Ch. MONOD et J. VANVERTS. L'appendicite (*1 vol. in-16, Paris, 1897*).

Ce petit volume renferme l'exposé complet de cette question complexe et discutée qu'est l'appendicite. La typhlite n'existant pas en tant que lésion susceptible de donner naissance au complexus symptomatique qu'on lui a à tort attribué, c'est l'appendicite seule qui est ici étudiée. L'anatomie pathologique est longuement exposée tant au point de vue macroscopique qu'au point de vue microscopique. L'étude des causes de l'appendicite amène à conclure que c'est l'infection d'origine intestinale qui est presque toujours le point de départ de l'inflammation de l'appendice. De l'examen des méthodes médicales et chirurgicales de traitement de cette affection, on doit déduire que la conduite à tenir varie suivant les cas. L'appendicite chronique est toujours justiciable de l'opération. J. V.

I. — A. SOUTHAM. De l'appendicite à rechute et de son traitement par l'ablation de l'appendice (*Brit. med. Journ., p. 963, 17 avril 1897*).).

II. — William-Henry BATTLE. Contribution au traitement chirurgical de l'appendicite (*Ibid., p. 965*).

I. — Après avoir étudié rapidement les lésions et les symptômes de l'appendicite à rechute, l'auteur décrit le manuel opératoire de l'ablation de l'appendice. L'incision de la paroi abdominale doit être parallèle au ligament de Fallope et dépasser un peu le niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Une pince, dont les branches sont garnies de caoutchouc, est placée sur l'appendice, au niveau de son origine. L'appendice étant sectionné à environ 1 centimètre 1/2 du cœcum, on en oblitère la lumière à l'aide d'une rangée de sutures à la soie sur la muqueuse et d'un second plan de sutures sur la musculeuse et le péritoine. S. rapporte 7 cas ainsi traités et guéris. En présence d'adhérences trop étendues, il faut renoncer à enlever l'appendice. La libération de quelques adhérences suffit parfois pour obtenir la guérison, comme l'auteur en relate un cas.

Pour S., l'ablation de l'appendice à froid est indiquée après 2 attaques d'appendicite, surtout quand une induration persiste dans la fosse iliaque.

II.— L'auteur décrit un procédé d'incision de la paroi abdominale, pour la résection de l'appendice à froid, qui lui a donné d'excellents résultats et

qui met à l'abri des hernies. L'incision est faite oblique, dans la région iliaque droite, son milieu correspondant au point d'attache de l'appendice sur le cœcum; elle correspond à la ligne semi-lunaire, c'est-à-dire qu'elle se trouve située à égale distance de l'épine iliaque antéro-supérieure et de l'ombilic. On incise ensuite l'aponévrose du grand oblique et le feuillet antérieur de la gaîne du muscle droit dans sa partie externe. On récline en dedans le muscle droit. On sectionne enfin le feuillet postérieur de la gaîne de ce muscle et le péritoine.

Quand l'ablation de l'appendice est faite, on suture à l'aide de fils de soie séparés les bords de la gaîne postérieure du muscle droit; le muscle est replacé en sa situation normale. On suture ensuite les bords du feuillet antérieur de la gaîne de ce muscle et de l'aponévrose du grand oblique, puis la peau. Ainsi le muscle droit, qui a été respecté, est interposé entre les 2 lignes de suture des feuillets de sa gaîne.

J. VANVERTS.

K. K. BUEDINGER. Ueber Stichverletzungen des Bauches (Plaies pénétrantes de l'abdomen) (*Arch. f. klin. Chir., LVI, p. 168-177*).

L'auteur donne un exemple d'apparition très tardive de symptômes de perforation de l'abdomen chez un homme de 22 ans qui avait été frappé d'un coup de couteau à la région épigastrique. Les symptômes étant bénins, on différa la laparotomie, mais, 8 jours après, apparurent brusquement des symptômes de péritonite par perforation, symptômes tellement graves qu'on dut pratiquer sur-le-champ la laparotomie qui décela, à la paroi antérieure de l'estomac une plaie de 1 centimètre donnant issue à des gaz et à des liquides. La plaie fut suturée, le péritoine drainé, et le malade guérit. On voit qu'il est impossible de fixer un terme à l'expectation. MARCEL BAUDOUIN.

A.-W. Mayo ROBSON. Plaie pénétrante de l'abdomen (*Brit. med. Journ., p. 77, 10 juill. 1897*).

Plaie pénétrante de l'abdomen par un instrument piquant, située sur la ligne médiane, au-dessous de l'ombilic. Signes d'hémorragie interne. Laparotomie immédiate. Ligature de la veine mésentérique dont la blessure avait donné un écoulement abondant de sang. Lavage de l'abdomen. Transfusion de sérum artificiel. Guérison.

La ligature de la veine mésentérique supérieure ne semble donc pas avoir déterminé de troubles notables dans la circulation de l'intestin, ni dans sa nutrition. J. VANVERTS.

KRAMER. Beiträge zur Ätiologie und Operation der dermoiden Geschwülste der Bauchwand (Tumeur fibroïde de la paroi abdominale) (*Arch. f. klin. Chir., LII, 7, p. 34-45*).

L'auteur présente une étude très intéressante de cette affection peu fréquente.

Il s'agit d'une petite fille âgée de 4 ans et demi, chez laquelle on a constaté, aussitôt après la naissance, une petite nodosité, de la grosseur d'une noisette, située sous l'arc costal gauche. Ce n'est que trois années après que cette tumeur augmenta de volume et se mit à s'accroître très rapidement.

Le diamètre longitudinal de la tumeur mesurait 16 centimètres; l'oblique, 11,5 centimètres.

L'opération confirma le diagnostic de sarcome fuso-cellulaire typique sorti à travers le fascia transversa. Pour couvrir la perte de substance, on fendit longitudinalement la gaîne du droit oblique dans sa partie latérale; le muscle lui-même fut détaché en haut de son insertion tendineuse et replacé sur la perte de substance. Suture. Guérison par première intention. Après 9 mois, il n'y avait ni récidive ni hernie abdominale.

Donc, il s'agissait évidemment d'une tumeur fibroïde congénitale, cas unique jusqu'à présent.

Dans un autre cas d'une grosse tumeur fibroïde du fascia transverse, l'auteur a couvert la perte de substance péritonéale, en pratiquant la cure radicale d'une hernie inguinale bilatérale et en masquant la brèche par la partie séreuse du sac herniaire. L'auteur recommande ce procédé aussi dans quelques cas analogues. MARCEL BAUDOUIN.

Charles-P. NOBLE. Nouvelle méthode de suture des parois abdominales (*Amer. Journ. of obst.*, *avril 1897*).

N. propose le mode de suture suivant : un surjet de catgut est placé sur le péritoine, un second sur les bords des muscles droits. Le troisième temps constitue le point original de la méthode : il consiste à suturer les bords des aponévroses, de façon à les superposer au lieu de les affronter simplement. On commence à disséquer la surface superficielle de l'aponévrose d'un côté et la face profonde de celle du côté opposé. Les deux bords aponévrotiques, étant superposés et maintenus à l'aide d'une suture spéciale que décrit l'auteur, forment un double plan fibreux solide. On termine en faisant un surjet au catgut sur le tissu cellulaire sous-cutané et une suture intra-dermique au catgut.

Ce procédé est à employer dans toutes les laparotomies, et en particulier dans les cas d'éventration où les muscles droits sont notablement éloignés l'un de l'autre. J. VANVERTS.

Discussion sur l'occlusion intestinale (*Bull. Soc. chir.*, *XXIII*, *p. 498 et suiv.*).

Broca, rapportant 2 cas d'occlusion intestinale opérés par Legueu, l'un étant une torsion du colon ascendant, l'autre un pseudo-étranglement par paralysie après réduction d'une hernie étranglée, considère que l'anus contre nature n'est indiqué que dans des cas très rares et qu'on doit en général lui préférer la laparotomie.

Quénu trouve ces conclusions trop absolues, au moins en ce qui concerne l'occlusion par paralysie intestinale. Dans un cas de ce genre il fit avec succès un anus cœcal. Mais il considère que dans l'occlusion aiguë récente la laparotomie est préférable.

Kirmisson s'élève contre l'opinion qui considère la laparotomie comme la méthode générale de traitement de l'occlusion intestinale. Il estime que le diagnostic de la variété et du siège de l'occlusion est ordinairement possible.

Reclus partage l'avis de Quénu et de Kirmisson. Il cite un cas d'anus contre nature pratiqué avec succès pour une occlusion paralytique.

Berger croit le diagnostic de la cause de l'occlusion toujours fort difficile, même après la laparotomie. Il cite un cas à l'appui de cette opinion. Dans des circonstances de ce genre, il faut recourir à l'anus contre nature.

Segond préconise l'anus contre nature, au lieu de la laparotomie, chez les malades épuisés par plusieurs jours d'occlusion et dans les occlusions post-opératoires. On empêche ainsi les malades de mourir et on ne les tue pas par les phénomènes de choc.

Nélaton se déclare du même avis et considère le diagnostic des causes de l'occlusion comme habituellement impossible.

Michaux préconise la laparotomie comme premier temps, de façon à essayer de se rendre compte de la nature de l'obstacle. Si cet obstacle ne peut être levé, on établit un anus artificiel. Il n'y a d'exception que dans les cas de cancer certain du gros intestin.

Routier considère qu'il faut être éclectique. Quand le diagnostic est impossible et que l'occlusion est de date récente, on doit faire la laparotomie. L'anus contre nature n'est qu'un pis-aller qui trouve parfois son indication.

Hartmann, mettant à part les occlusions chroniques qui relèvent en général de l'anus contre nature, estime que la laparotomie précoce constitue l'intervention de choix dans les occlusions aiguës.

Pour *Chaput* il n'y a que les cas, très rares, d'occlusion aiguë avec ventre plat ou un ballonnement modéré, qui relèvent de la laparotomie. En dehors de ces circonstances spéciales on pratiquera un anus contre nature, car la laparotomie est dangereuse et inutile. Dans un second temps, plus ou moins éloigné, on interviendra par la laparotomie pour supprimer l'anus artificiel.

Bazy ne croit pas que la laparotomie doive être rejetée systématiquement de la thérapeutique de l'occlusion intestinale. La principale indication de l'anus iliaque, établi d'emblée, est tirée de l'état général du malade. Si l'on craint que le malade ne puisse supporter la laparotomie, il faut faire l'anus artificiel.

Lejars n'étudie que l'iléus paralytique d'emblée. Cette paralysie de l'intestin suppose d'ordinaire certaines prédispositions locales, certains états morbides latents, mais existe parfois sans aucune lésion intestinale. L'électrisation bien appliquée peut être employée, mais ne doit pas faire perdre de temps. La laparotomie simplement exploratrice peut suffire à réveiller la contractilité de l'intestin, mais il est prudent de faire une fistule intestinale. L. rapporte plusieurs observations d'iléus paralytique, opérés par divers procédés.

Félizet fait remarquer que, chez l'enfant, le ballonnement intestinal se manifeste très rapidement dans l'occlusion aiguë et l'état général est bientôt inquiétant. Dans ces conditions l'entérotomie de Nélaton est une opération de sauvetage et doit toujours être préférée à la laparotomie. La fistule intestinale ainsi établie s'oblitérera souvent spontanément. En cas contraire, on interviendra plus tard pour l'obtenir.

D'après *Picqué*, si l'occlusion date de plusieurs jours et si l'état général du malade est mauvais, c'est à l'anus qu'il faudra avoir recours. Si les conditions sont meilleures et si le diagnostic a pu être précisé d'avance, on recourra à la laparotomie quand la lésion sera susceptible

d'être traitée immédiatement, et à l'anus quand la lésion ne paraîtra pas devoir être traitée immédiatement ou sera incurable. Si le diagnostic anatomique de l'occlusion demeure incertain, il conviendra de pratiquer la laparotomie, qui deviendra curatrice lorsque l'obstacle sera facile à lever, ou sera complétée par une entéro-anastomose ou la création d'un anus artificiel dans le cas contraire. P. considére que beaucoup de cas dénommés occlusion paralytique appartiennent à la pseudo-occlusion ; il ne s'agit que de constipation habituelle, ou d'appendicite, ou de rétrécissement néoplasique peu marqué, etc. ; et une purgation suffit ordinairement à faire disparaitre les accidents.

Pour *Poirier* il n'y a pas de méthode de choix dans le traitement de l'occlusion et il faut s'inspirer de l'état général du malade.

Reynier considére la laparotomie comme l'opération de choix dans les occlusions intestinales, pour peu que le malade ait la force de la supporter et qu'on se trouve dans un milieu favorable pour opérer avec asepsie.

Peyrot rappelle qu'il y a près de 20 ans il concluait que l'anus artificiel n'était qu'un pis-aller, qu'on ne devait employer que quand l'état du malade était précaire et quand la cause de l'obstruction intestinale ne pouvait être supprimée. Cette opinion semble actuellement être partagée par la majorité des chirurgiens. La laparotomie devra donc être pratiquée en général, quitte à n'aboutir qu'à la création d'un anus contre nature quand l'ablation de la lésion sera impossible.

Hartmann et *Broca* apportent à l'appui des conclusions qu'ils ont antérieurement formulées le résumé des opérations qu'ils ont faites pour occlusion intestinale et qui sont très favorables à la cause de la laparotomie. Ils insistent sur la difficulté fréquente du diagnostic de l'existence et de la nature de l'occlusion. J. VANVERTS.

L. HEIDENHAIN. Beiträge zur Pathologie und Therapie des akuten Darmverschlusses (Obstruction intestinale) (*Arch. f. klin. Chir., LV, 1, p. 211*).

L'auteur rapporte plusieurs observations dans lesquelles il décrit comment une obstruction intestinale complète et invincible peut être provoquée par des contractures spasmodiques ou toniques des muscles de l'intestin. Ces contractions cloniques ou toniques ont été d'une assez longue durée. Après avoir étudié ces troubles fonctionnels du péristalisme, l'auteur s'occupe de la nature de ces observations intestinales qui guérissent par le traitement interne. Il étudie ensuite le traitement opératoire de l'iléus. M. BAUDOUIN.

P. KUZMIK. Zur Kritik dsr Darmnaht (Sur la critique des sutures intestinales) (*Deut. Zeitschr. f. Chir., XLV, 3 et 4, p. 301*).

L'auteur, après avoir décrit les méthodes les plus importantes de suture intestinale, rapporte ses expériences personnelles. Il décrit une suture intestinale faite d'après un procédé personnel qui lui a donné cinq succès. Il emploie à l'exemple de Senn et de von Baracz deux corps creux qu'on introduit dans les deux bouts de l'intestin à suturer. Ces corps

creux ne sont pas aplatis, mais ils ont la forme d'un bouton de Murphy. Les deux bouts de l'intestin sont suturés au-dessus de cet anneau par six sutures. Les deux anneaux sont fortement réunis entre eux par ces six sutures, en quoi consiste la suture intestinale de Kuzmik. Ce travail est accompagné d'une bibliographie assez complète sur la suture intestinale.

MARCEL BAUDOUIN.

Charles-B. BALL. Remarques sur l'entéro-anastomose à l'aide d'un nouvel anneau d'os décalcifié (*Brit. med. Journ., I, p. 1021, 1897*).

L'anneau, qu'a fait construire B. Ball pour pratiquer l'entéro-anastonose est en os décalcifié. Il en existe trois numéros correspondant à trois diamètres différents. Le centre de l'anneau est percé d'un orifice permettant le passage des matières intestinales. La circonférence extérieure de l'anneau présente un sillon profond, parallèle à ses bords. Avant d'introduire l'anneau dans la cavité intestinale, on commence un surjet réunissant les deux bouts de l'intestin et intéressant toutes les tuniques; l'anneau est ensuite placé dans l'intestin et en termine le surjet circonférentiel. Après avoir serré ce surjet, comme on serre les lacets d'une bottine, on place un second surjet qui n'intéresse que le péritoine de l'intestin. Ainsi les surfaces péritonéales sont bien accolées. Ball rapporte 4 cas dans lesquels il a pu se rendre compte de l'avantage de sa méthode.

J. VANVERTS.

I. — MARWEDEL. Klinische Erfahrungen über den Werth des Murphyknopfes (*Berlin. klin. Woch., n° 18, p. 391, 3 mai 1897*).

II. — WAITZ. Même sujet (*Ibid., n° 28, p. 613, 12 juill. 1897*).

I. — Il a été pratiqué, dans le service de Czerny, 55 opérations avec le bouton de Murphy; 35 fois l'anastomose fut établie entre l'estomac et l'intestin; 3 fois entre la vésicule biliaire et l'intestin et, dans le reste des cas, d'intestin à intestin. Dans le nombre des opérations, se trouvent 29 rétrécissements cancéreux et 31 gastro-entérostomies par la méthode Hacker. Dans aucune des 35 gastro-entérostomies, le bouton n'a contribué à l'issue fâcheuse et 23 de ces opérés ont guéri. En revanche, il est certains cas dont l'issue favorable est sûrement due à l'abrègement de la durée de l'opération. 2 fois seulement, il y eut au début un peu de reflux du contenu de l'intestin dans l'estomac. L'élimination du bouton a oscillé entre le 8e et le 45e jour; elle s'est effectuée le plus ordinairement au bout de 12 à 14 jours. Des 3 opérations sur les voies biliaires, une s'est terminée fatalement; des deux malades guéris, chez l'un l'expulsion du bouton ne s'est pas encore produite après 4 mois 1/2. Sur les 6 cas de gangrène intestinale, il y a eu 3 guérisons. 3 fois le bouton ne put être convenablement appliqué et il y eut mort par péritonite par perforation.

Marwedel estime, comme Murphy, inutile et même dangereux de vouloir renforcer le bouton par la suture.

II. — L'utilité du bouton de Murphy est incontestable dans les gastroentéroanastomoses, mais il n'en est pas de même dans les opérations intéressant uniquement l'intestin, telles que la résection du cœcum.

Waitz présente une fille de 21 ans chez laquelle à la suite d'un rétrécissement cicatriciel dû à une pérityphlite, il a reséqué le cœcum en unissant les deux bouts d'intestin à l'aide du bouton de Murphy. Ce dernier amena des hémorragies intestinales qui obligèrent à l'enlever après réouverture de la plaie. J. B.

TUFFIER et TERRIER. De la gastro-entéro-anastomose (*Bull. Soc. chir., XXIII, p. 641*).

Tuffier fait remarquer, en présentant un malade qu'il a opéré pour sténose pylorique par la gastro-entéro-anastomose, que même après la laparatomie il est souvent impossible de savoir si l'on a affaire à un vieil ulcère stomacal ou à un cancer.

Terrier partage la même opinion. Dans ces conditions, il vaut mieux faire la gastro-entéro-anastomose que la gastrectomie. La gastro-entéro-anastomose antérieure est aussi recommandable que la postérieure, mais il est très important de toujours faire suivre à l'opéré un traitement médical prolongé pendant quelque temps, car après la gastro-entéro-anastomose, de même qu'après la gastrectomie, l'estomac fonctionne mal.

J. VANVERTS.

MÉRAUD. Des sarcomes rétro-péritonéaux (*Thèse de Paris, 1897*).

L'auteur rapporte 15 observations. Il en conclut que les sarcomes rétro-péritonéaux sont à peu près aussi fréquents que les lipomes de cette région. La forme sarcomateuse est de beaucoup la plus commune des tumeurs malignes développées en arrière de la séreuse. Macroscopiquement, ce sont des tumeurs généralement grosses comme des têtes de fœtus molles kystiques ou non. Microscopiquement, on a trouvé toutes les espèces de sarcomes décrits.

Cliniquement, ces tumeurs empruntent leur symptomatologie aux phénomènes de compression. Ils tuent dans un temps variant de 6 mois à 1 an. Le diagnostic est très difficile. Ces tumeurs, la plupart du temps, ne sont que soupçonnées. Elles ne sont que rarement opérables. 2 fois seulement (Péan, Potherat) l'intervention fut heureuse et les maladies n'ont pas été suivies. VICTOR VEAU.

J. George ADAMI. Des lipomes rétropéritonéaux et périrénaux (*Montreal med. Journ., janv. et fév. 1897*).

L'auteur a pu réunir 42 cas de cette affection rare et en a observé 2, dont il rapporte l'histoire. Parmi ces lipomes, les uns se développent primitivement dans l'atmosphère périrénale (1/3 des cas environ), les autres proviennent du mésentère ou de la moitié inférieure de l'abdomen. Ils sont plus fréquents chez la femme que chez l'homme et n'ont guère été observés que dans l'âge adulte et la vieillesse.

Sur 42 cas, 26 fois on pratiqua l'ablation totale ou presque totale de la tumeur, avec 46,1 0/0 de succès. Le grand danger consiste dans la présence des vaisseaux mésentériques en avant de la tumeur; il est indispensable de les respecter pour éviter le sphacèle de l'intestin, qui a été

noté dans quelques cas. Plusieurs fois, on dut réséquer une portion d'intestin. J. VANVERTS.

L. BÉRAUD et E. GALLOIS. Hernie diaphragmatique étranglée avec rupture du côlon dans la cavité thoracique (*Lyon méd.*, *13 fév. 1898*).

Femme de 25 ans, entrée à l'hôpital pour des accidents d'obstruction intestinale datant de 12 jours. Péritonite aiguë du petit bassin à l'âge de 15 ans, abcès ouvert dans le vagin. Grossesse normale il y a quelques mois, mais depuis, douleurs, constipation opiniâtre. Tympanisme énorme, respiration du type costal supérieur, cyanose; devant l'incertitude du siège de l'obstruction, anus iliaque à droite. Suites immédiates très satisfaisantes, disparition du ballonnement. Mais deux jours plus tard, douleurs subites, atroces dans le côté gauche du thorax, dépression énorme. Abolition des mouvements du diaphragme à gauche, signes de pneumothorax. Thoracentèse et écoulement de sérosité purulente, fétide. Malgré cette intervention, aggravation, fièvre, dyspnée. Une ponction ramène du liquide fécaloïde. Empyème dans le 9e espace intercostal, issue de matières stercorales. Mort 13 jours plus tard.

A l'autopsie, hernie diaphragmatique du côlon descendant et de l'S iliaque sur une longueur de 1 m. 10 avec rupture du côlon dans la plèvre.

A. CARTAZ.

C. NURDIN. De la tuberculose herniaire et vagino-péritonéale (*Thèse de Paris*, *1897*).

La tuberculose herniaire et vagino-péritonéale est assez rare, mais plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte. Les lésions peuvent débuter par le sac ou par le testicule; elles naissent rarement sur l'organe hernié. Cliniquement on peut leur reconnaître trois formes : forme latente, péritonite tuberculeuse avec tuberculose vagino-péritonéale, tuberculose localisée. Le traitement est la cure radicale avec résection de l'épiploon et extirpation du sac disséqué le plus haut possible. Le testicule pourra être en général conservé. J. VANVERTS.

PREGALDINO. Hernie épigastrique simulant un carcinome de l'estomac (*Ann. Soc. belge chir.*, *15 mars 1897*).

Homme de 27 ans atteint, depuis près de 2 années, de quelques troubles de la digestion et par moments de violentes douleurs épigastriques, survenant 2 ou 3 heures après les repas. En 1892, vomissements contenant du sang et melœna; vive douleur à la région épigastrique, particulièrement en un point limité, au niveau duquel paraît une tumeur dure, de la grosseur d'une bille, située à 3 centimètres et à gauche, au-dessus de l'ombilic.

Pendant quelques semaines, les vomissements glaireux et sanguinolents reparaissent, les crises douloureuses sont plus fréquentes et la gravité de l'état général est telle qu'une intervention contre ce carcinome stomacal supposé est rejetée. Une amélioration se produit au bout de quelque temps, et, dans un effort de toux, la petite tumeur atteint le volume d'un gros œuf de poule, en même temps qu'une tumeur plus petite apparaissait à côté de la première.

Une incision pratiquée au niveau de la grosse tumeur montre, sous un peloton de graisse, un sac herniaire renfermant de l'intestin réductible ; au-

dessus, l'estomac est adhérent à la paroi abdominale et plus bas au colon transverse. Rupture des adhérences ; cure radicale des deux tumeurs herniaires ; guérison complète. OZENNE.

Rickmann GODLEE. Three cases of strangulated obturator hernia (*The Lancet, p. 1742, 17 juin 1897*).

1° — Une femme de 74 ans a commencé, il y a 8 jours, à souffrir de l'abdomen, et depuis ce moment, ni gaz ni matières n'ont été expulsés par l'anus : l'abdomen est souple, mais l'état général paraissant très grave, on pratique une laparotomie exploratrice. L'intestin grêle paraissait adhérent au bassin ; une légère traction le libéra ; on s'aperçut alors qu'il était déchiré transversalement et plein de matières fécales qui s'échappèrent dans le péritoine : on dut réséquer 10 centimètres d'intestin grêle gangreneux. Mort en quelques heures ; on put, à l'autopsie, constater qu'il agissait d'une hernie obturatrice.

2° — Une femme de 47 ans est opérée (laparotomie) au 11e jour d'accidents abdominaux à marche très lente. On trouve l'intestin hernié dans le trou obturateur, et pour le réduire on doit débrider l'anneau : mais l'intestin se rompt au-dessus du point hernié, et des matières s'épanchent dans le péritoine. L'intestin est fixé à la plaie abdominale (anus artificiel) ; mort en quelques heures.

3° — Une femme de 59 ans est opérée au 9e jour d'étranglement herniaire, dont le siège est au trou obturateur : une incision en dedans de la saphène, entre le grand adducteur et la pectiné, permet d'inciser une portion du court adducteur et de découvrir le sac herniaire sur lequel est placé le nerf obturateur ; le sac est ouvert, l'intestin qui paraît sain est réduit. Le lendemain, la malade semblait en bon état, mais elle ressentit dans la soirée une vive douleur abdominale, puis tomba en collapsus et mourut. L'intestin grêle adhérait autour du trou obturateur, et les anses situées au-dessus étaient très distendues ; en séparant les anses adhérentes, l'intestin se déchira au point de constriction de l'anneau, sans que cependant les tuniques aient paru gangréneuses. P. MAUBRAC.

Thomas LYNN. A case of ischio rectal hernia (*The Lancet, p. 191, 24 juill. 1897*)

Un homme de 62 ans, en faisant un effort, ressentit, il y a 4 ans, une déchirure dans la région anale, et le jour suivant il constatait une grosseur facilement réductible, mais qui faisait saillie aussitôt qu'on ne la maintenait plus ; puis cette grosseur augmenta et devint une gêne pour la marche, pour la défécation, pour la station assise. La portion postérieure de la tumeur était réductible et contenait de l'intestin ; mais la plus grande partie était irréductible, solide, élastique et mate. Le 16 avril 1897, on opére : l'intestin est réduit tandis qu'on enlève la partie solide de la tumeur qui pesait 2 livres 1/4 : c'était un fibro-myome, primitivement sans doute un fibrome sous-péritonéal qui s'était insinué dans la fosse ischio-rectale. P. MAUBRAC.

H. MORESTIN. Pince hémostatique laissée dans le ventre au cours d'une laparotomie et rendue par l'anus au bout de trois ans (*Soc. anat. Paris, p. 893, 3 déc. 1897*).

Une femme de 29 ans, a été opérée le 15 août 1894 pour une salpingite suppurée : quelques jours après l'opération un abcès (qu'on considéra comme

un abcès pariétal) s'ouvrit au niveau de la suture, et persista sous forme de fistule. En décembre, se développe un gros phlegmon de la fosse iliaque gauche : il fut incisé, et quelques jours après, un nouvel abcès s'ouvrit au niveau de la cicatrice opératoire, laissant une fistule stercorale dont l'écoulement redevint bientôt franchement purulent. On se décida alors à ouvrir et à drainer par le vagin la poche pelvienne qui subsistait ; entre temps s'établit entre la vessie et le foyer pelvien une communication qui s'oblitéra spontanément, et le 4 août 1896, la malade très améliorée quitta l'hôpital.

En 1897, la malade revint à l'hôpital, perdant de nouveau ses urines et portant un phlegmon iliaque du côté droit qu'on dut inciser.

En novembre 1897, la malade élimina par l'anus une pince hémostatique ordinaire de $0^m,12$ de longueur, noircie, corrodée et rongée : les fistules se sont fermées et toutes les douleurs ont disparu. P. MAUBRAC.

SCHWAB. Ueber multiple Polypenwucherungen im Colon und Rectum (*Beitr. zur klin. Chir*, *XVIII*, *2*).

L'auteur rapporte deux cas de proliférations polypeuses multiples du gros intestin. Un homme de 37 ans présente pendant quelques mois de la diarrhée avec hémorragies, et de l'amaigrissement. La muqueuse rectale est granuleuse, sans indurations. Le diagnostic est colite tuberculeuse avec péritonite. Laparotomie exploratrice qui montre seulement l'hypertrophie adipeuse de l'épiploon et du gros intestin, des adhérences de l'S iliaque et l'épaississement du côlon descendant. Mort deux jours après. A l'autopsie, la muqueuse du gros intestin est couverte d'excroissances polypeuses, du cœcum au rectum, mais surtout dans l'S iliaque; leur volume va jusqu'à celui d'un petit pois. En outre, deux rétrécissements cicatriciels à l'angle colique droit et dans le colon descendant. Pas d'ulcérations. Au microscope il y a hypertrophie de toutes les couches intestinales, surtout des tissus adipeux sous-séreux; les polypes sont constitués par une couche épithéliale mince ou disparue; le tissu sous-jacent est infiltré de cellules rondes. Les glandes sont volumineuses, ramifiées, sans dégénérescence maligne; les follicules lymphatiques sont hypertrophiés.

Le deuxième cas est celui d'une jeune fille de 18 ans, atteinte de diarrhée avec hémorragies. Le toucher rectal montre que toute la muqueuse est recouverte de villosités. On porte le diagnostic de rectite polypeuse et on fait le curetage de toutes la muqueuse. Amélioration passagère; d'après les renseignements donnés, il y aurait eu récidive complète au bout d'un an.

D'après ces deux exemples et ceux qui ont été publiés, Schwab considère cette affection comme grave, car si elle est de longue durée, la diarrhée et les hémorragies conduisent le malade à la cachexie et à la mort ; d'autre part, la dégénérescence maligne des polypes a été observée. L'affection semble débuter par le rectum, et progresser de bas en haut. Il est donc indiqué de pratiquer de bonne heure le curetage de la muqueuse rectale, et d'enlever autant que possible la totalité des polypes. Les irritations chroniques de l'intestin qui peuvent occasionner la colite polypeuse doivent être traitées avec soin. ROBINEAU.

I. — QUÉNU et HARTMANN. Indications opératoires et traitement du cancer du rectum (*11e Cong. de chir. Paris*, *p. 521*, *1897*).

II. — JULLIARD. Utilité de l'anus contre nature dans le traitement du cancer du rectum (*Ibid.*, *p. 578*).

III. — POLOSSON. De l'anus iliaque préliminaire dans le traitement du cancer du rectum (*Ibid., p. 584*).

IV. — P. BERGER. Extirpation du rectum (*Ibid., p. 586*).

V. — GALLET. Traitement du cancer du rectum (*Ibid., p. 595*).

VI. — BŒCKEL. Résultats éloignés de l'extirpation du rectum (*Ibid., p. 609*).

VII. — HEYDENREICH. De la voie vaginale dans la résection du rectum (*Ibid., p. 625*).

VIII. — Ch. WILLEMS. Technique opératoire du cancer du rectum (*Ibid., p. 616*).

IX. — TAILHEFER. Indications opératoires et traitement du cancer du rectum (*Ibid., p. 642*).

I. — Dans ce travail remarquable, Q. et H. exposent d'une façon méthodique les indications et les contre-indications de l'ablation du rectum ; ils discutent avec soin les différentes méthodes proposées, les conditions qui doivent faire opter entre telle ou telle. Ils terminent ce rapport par les conclusions suivantes :

1° Nous réservons l'opération périnéo-abdominale au cancer recto-sigmoïde.

2° Nous conseillons la voie périnéale par le procédé de dénudation prérectale, à tous les cancers anaux ou ano-ampullaires ne débordant pas le cul-de-sac péritonéal avec constitution d'un anus périnéal ou coccygien.

3° Dans les cancers de l'ampoule, il faut distinguer quatre variétés :

a. les cas de limitation extrême du néoplasme autorisant une conduite chirurgicale exceptionnelle (ouverture de l'ampoule résection de la plaque et fermeture complète).

b. Les cas de plaques non circonférentielles ou d'anneaux de peu de hauteur, permettant, après résection entre deux ligatures élastiques, l'affrontement des deux bouts sans traction et leur suture circulaire.

c. Les cas de cancers peu éloignés du sphincter, peu étendus, mais déjà de trop grandes dimensions pour qu'après résection on puisse affronter les deux bouts sans traction ; ces variétés sont justiciables du procédé de Hochenegg.

d. Enfin les cas de beaucoup plus fréquents où le cancer a envahi la plus grande partie de l'ampoule; à ceux-là conviennent la voie sacrée comme voie d'attaque, le retournement comme traitement du bout supérieur.

4° Dans les cancers occupant la totalisé du rectum, l'extirpation se fait par la voie périnéale, à laquelle on ajoute la résection coccygienne et au besoin une brèche sacrée ; le retournement est le plus simple et plus sûr moyen de se débarrasser du bout supérieur. A. C.

II. — L'anus contre nature préalable et définitif dans le traitement opératoire ou palliatif du cancer du rectum présente les avantages suivants : Il permet la désinfection complète de l'extrémité inférieure de l'intestin.

Après l'opération, il met la plaie à l'abri de l'invasion des matières fécales. Il permet d'alimenter les malades avant et après l'opération, et laisse ainsi le malade au repos.

Toute extirpation du rectum aboutissant à un anus contre nature,

l'anus iliaque est de beaucoup préférable aux autres. En cas de récidive il rend la seconde opération plus facile,

Quant à l'ablation du rectum, elle ne doit être pratiquée que 15 jours après l'établissement de l'anus iliaque. Sur cinq malades ainsi opérés, aucun n'est mort des suites de l'intervention. OZENNE.

III. — Pollosson est d'avis d'établir un anus iliaque avant l'ablation dans le but de rendre l'opération plus facile, plus innocente, de supprimer les fonctions du rectum.

IV. — Berger relate une observation fort intéressante d'intervention entreprise chez une femme âgée de 53 ans dans le but de remédier à des accidents causés supposait-on, par un cancer du rectum. Au cours de l'intervention on constata qu'il s'agissait d'un rétrécissement inflammatoire étendu, d'origine syphilitique. On trouvait en effet par l'exploration bimanuelle une tumeur volumineuse remontant jusque dans la fosse iliaque interne ; B. dut extirper le rectum et une grande partie de l'anse oméga par la voie abdomino-périnéale. A. C.

V. — Toutes les fois que cela sera possible, l'opération de choix doit être l'ablation totale du néoplasme. Gallet préconise le procédé suivant : Longue incision ayant son point de départ à 2 ou 3 cent. en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure, se dirigeant obliquement en dedans pour s'arrêter à 2 cent. de l'épine pubienne gauche. Ouverture du péritoine et exploration du néoplasme. S'il peut être mobilisé, on l'amène à l'angle inférieur de la plaie; on mobilise, d'autre part, le bout sigmoïdal de l'intestin et surtout le bout rectal après rection du péritoine sur les côtes, décollement du rectum et au besoin incision des aponévroses sacro-rectales.

Le néoplasme est ensuite réséqué et, au lieu de chercher à suturer les deux bouts, on les abouche simplement en canon de fusil dans l'angle inférieur de la plaie. On crée ainsi un anus contre nature que l'on peut traiter plus tard par l'entérotomie et l'anaplastie, si c'est nécessaire.

VI. — De cette communication portant sur l'exposé de 50 observations personnelles, Bœckel tire les conclusions suivantes :

Les cancers ano-ampullaires et ampullaires moyens (8-16 cent.) sont justiciables soit de l'extirpation par la voie périnéale, soit de la résection : 43 opérations ; 3 décès.

La survie peut être de plusieurs années : six, huit, dix, onze et même douze ans (1 cas), cependant il n'y a guère que le quart des malades qui atteigne ou dépasse la troisième année : sur trente opérés huit ont atteint cette survie ; sept ne sont opérés que depuis six à vingt mois. Des quinze autres, un a vécu deux ans et quatre mois ; neuf ont récidivé entre un an et deux ans; cinq ont récidivé ou sont morts entre cinq et dix mois.

Les cancers sus-ampullaires peuvent de même être extirpés, avec succès par la voie sacrée on la voie sacro-périnéale. Le pronostic est plus grave et les chances de survie moindres.

Les tumeurs plus élevées, celles de l'S iliaque, peuvent également être extirpées, de préférence par le procédé imaginé par l'auteur. Toutefois cette opération n'est qu'une opération de nécessité, car elle a été suivie de mort cinq fois sur dix interventions.

VII. — Heydenreich recommande chez la femme la voie vaginale

dans la résection du rectum comme méthode très simple et permettant de remonter aisément à une grande hauteur.

VIII. — Pour l'ablation des cancers qui ne dépassent pas l'ampoule, l'auteur préconise une méthode dont le premier temps comprend ce qu'il a appelé la périnéotomie à lambeau. Elle s'exécute ainsi : On pratique au-devant de l'anus, au niveau du bord antérieur du sphincter, une incision cutanée transversale de 6 centimètres qui coupe le périnée en travers et de chacune des extrémités de cette incision une autre incision dirigée obliquement en hant et en arrière, le long des tubérosités ischiatiques, et longue de 4 centimètres au moins. Ces incisions latérales peuvent être profondes d'emblée.

Un doigt étant placé dans la vessie, on entame, aux ciseaux, la séparation du sphincter et du bulbo-cavernenx ; le premier est attiré en arrière et le second en avant pendant cette dissection ; à 3 centimètres de profondeur, on a atteint le bord supérieur du sphincter et le bulbe est séparé du rectum.

Avec les index on sépare la région membraneuse, puis la prostate de la face antérieure, du rectum. Il en résulte une plaie transversale profonde, bridée latéralement par les faisceaux antéro-postérieurs du releveur, que l'on sectionne. On continue ensuite, sur la ligne médiane, la séparation des vésicules séminales et du bas-fond de la vessie et, après section d'une nouvelle portion du releveur, on arrive au cul-de-sac péritonéal, que l'on incise jusqu'aux extrémités de la plaie. On a ainsi un lambeau qui comprend toute l'extrémité inférieure du rectum, dont la paroi antérieure se trouve en quelque sorte extraite du périnée. Cette périnéotomie a pour avantage d'aborder le rectum par sa face antérieure, c'est-à-dire par la région dangeureuse.

L'opération est ensuite terminée par l'ablation du rectum et par la création d'un anus artificiel. Willems préconise, à cet effet, l'anus fessier par lequel il reconstitue un sphincter aux dépens du grand fessier.

IX. — L'auteur donne un résumé de seize opérations pour cancers primitifs du rectum pratiquées par Jeannel. Il les fait suivre de quelques remarques relatives aux indications opératoires et conclut ainsi : Sur seize cancers traités, il y a eu quatre extirpations par le double volet avec trois morts et une guérison.

Onze anus artificiels qui ont donné une survie moyenne de huit mois. Deux rectotomies internes, deux morts.

L'anus artificiel est utile, car il supprime la douleur de la défécation et l'intoxication stercorale ; mais les malades continuent à souffrir à cause de l'expulsion des matières glaireuses et purulentes qui proviennent de l'infection surajoutée au foyer cancéreux ulcéré.

La rectotomie interne peut lutter quelque temps contre le rétrécissement, mais elle expose à l'envahissement de la plaie opératoire par le cancer. Cet essai de conservation de la fonction rectale est rarement couronné d'un succès durable et on est obligé, après peu de temps, de remplacer le rectum par un anus artificiel. OZENNE.

NICOLADONI. Zur Naht bei Resectio Recti (*Centr. f. Chir.*, *28 août 1897*).

Quand, après résection, le segment supérieur du rectum est dégagé

assez haut pour être amené au-devant de l'anus, sans traction, il est attiré à travers l'anus; on le fixe en cette position à l'aide d'un anneau formé d'un fil métallique et de gaze iodoformée enroulée autour, et dont le diamètre est de 3 à 4 centimètres; cet anneau est placé autour du bord du rectum réséqué, et attaché par un surjet. Auparavant, presque toute la muqueuse du segment anal a été enlevée; quelques points de suture profonds assurent le contact de ce segment avec le bout supérieur invaginé. Les avantages sont la rapidité et la propreté; un excellent résultat a été obtenu chez un homme de 70 ans et une femme de 57; l'anneau est tombé au 10e jour. L'auteur, loin de donner de l'opium, administre des purgatifs salins, pour empêcher la compression de la suture par les matières fécales anciennes; il maintient le rectum libre par des lavements donnés à travers l'anneau. ROBINEAU.

G. JULLIARD. Trois cas d'extirpation du cœcum (*Revue méd. Suisse romande*, *p. 386*, *mai 1897*).

1° Tumeur inflammatoire chronique prise pour un cancer. Homme de trente-six ans ayant depuis huit mois, des élancements dans la fosse iliaque droite avec irradiations dans la jambe; les douleurs augmentent graduellement rendant maintenant la station debout impossible. Intervalles de diarrhée. Dans la fosse iliaque droite, tumeur grosse comme le poing, de consistance ligneuse, non bosselée, très douloureuse à la palpation, peu mobile et adhérant dans la profondeur. Opération : ablation du cæcum avec 10 c. 1/2 d'intestin grêle, 13 du gros intestin et d'une partie de l'épiploon renfermant des ganglions hypertrophiés. Guérison sans incidents.

2° Homme de cinquante-six ans, bien portant jusqu'au 25 septembre 1896, où il éprouva, pour la première fois et sans cause appréciable, des douleurs dans la fosse iliaque droite, irradiant dans les lombes, l'abdomen et la jambe droite. Tuméfaction visible du côté droit et du ventre. Dans la fosse iliaque, tumeur bien limitée, de la grosseur d'un gros œuf d'oie, ovoïde à grand axe vertical, à surface bosselée et très dure. La partie inférieure de la tumeur est douloureuse à la pression. La peau est mobile sur la tumeur qui adhère aux parties profondes. Alternatives de constipation et de diarrhée. Opération le 12 novembre : résection de l'épiploon épaissi, induré et adhérant tant au péritoine pariétal qu'à la tumeur. Ablation de la tumeur qui comprend le cæcum avec l'appendice, un bout d'iléon et de côlon. Hémostase difficile. Guérison se maintenant cinq mois après l'opération.

3° Obstruction intestinale, anus contre nature; extirpation du cæcum. Femme de cinquante-deux ans en parfaite santé jusqu'au 13 avril 1896 où elle fut prise brusquement, à 2 heures du matin de violentes douleurs dans la fosse iliaque droite accompagnées de vomissements alimentaires puis biliaires et de constipation absolue. Le 20, établissement d'un anus artificiel dans la fosse iliaque droite; disparition immédiate des accidents. Le 2 mai, pneumonie. Au commencement de juin, les matières ne sortent que d'une façon intermittente par l'anus naturel. Ni ballonnement, ni sensibilité du ventre, aucune tumeur. Le 5 juin, en tentant l'entérectomie pour supprimer l'anus artificiel, J. aperçoit qu'il avait pratiqué l'orifice sur la fin de l'intestin grêle, de sorte que le bout inférieur était formé par le cæcum qu'il réséqua. Guérison par première intention, confirmée au bout de dix mois.

J. conseille de procéder ainsi : faire à deux travers de doigt, en dedans du bord interne de la tumeur cæcale une incision longitudinale qui dépasse d'autant la tumeur en haut et en bas; pratiquer une deuxième

incision transversale partant du milieu de la première et allant jusqu'à la crête iliaque. Les lambeaux étant relevés à droite et à gauche, le cæcum est largement découvert, ce qui permet de l'attaquer par-dessous. Le petit et le gros intestin sont sectionnés entre deux pinces à distance suffisante de la lésion. La partie intermédiaire est ensuite isolée de ses connexions avec des pinces et enlevée d'arrière en avant et de dedans en dehors. L'hémostase faite pour aboucher l'iléon avec le côlon, on oblitère le côlon par une double suture de Lembert et on fixe ensuite l'iléon perpendiculairement sur le côté du côlon à 3 centimètres au-dessous de la suture. Suture successive des péritoines postérieur et antérieur à la soie et à points séparés ; suture des muscles et aponévroses au catgut ; enfin suture de la peau.

J. B.

ROLLESTON et Marmaduke SHEILD. A case of excision of the cæcum (*Clin. Soc. Trans., XXX*).

R. et S. relatent l'observation d'une femme âgée de 29 ans, qui subit avec succès la résection du cæcum et du côlon ascendant sur une longueur de $0^m,11$, pour carcinome colloïde.

Rolleston a réuni 30 cas de carcinome du cæcum et de la valvule iléo-cæcale et 100 cas de carcinome des autres portions du gros intestin ; d'après cette statistique, l'âge moyen est, pour le cancer du cæcum, 47 ans 9 mois, et, pour le cancer du gros intestin, 49 ans 4 mois. Sur ces 100 cas, intéressant le gros intestin en entier, on note 45 cancers du rectum développés à l'âge moyen de 52 ans. 21 cancers de l'anse sigmoïde, à 46 ans 2 mois ; 12 cancers du côlon descendant, à 44 ans 4 mois ; 17 du côlon transverse, à 47 ans cinq mois, et 5 seulement du côlon ascendant, à 56 ans Si l'on exclut le rectum, l'âge moyen est 46 ans 9 mois. Les deux sexes sont en proportion sensiblement égale.

P. MAUBRAC.

KUEMMELL. Ueber aüssere ideale Cholecystotomie (*Berlin. klin. Woch., n° 50, p. 1124, 14 déc. 1896*).

Kümmell a opéré 24 malades atteints de lithiase biliaire, de la manière suivante qu'il dénomme cholécystotomie idéale externe. Après avoir détaché, s'il y a lieu, les adhérences et exploré minutieusement les canaux cystique et cholédoque, K. forme à la vésicule biliaire une collerette avec le péritoine suturé tout autour d'elle. L'ayant ainsi mise hors de la cavité péritonéale, il l'incise, enlève les calculs, referme l'incision et réunit par-dessus le facia et la paroi abdominale.

Les avantages de cette méthode opératoire sont d'avoir une réunion par première intention et de faire appel à la vis a tergo pour chasser dans l'intestin les petites concrétions des conduits biliaires qui ont pu rester inaperçues.

K. n'a perdu qu'un de ses opérés, qui a succombé à une péritonite septique attribuée à la rupture de la suture de la séreuse survenue pendant l'extraction d'un gros calcul.

Quand il existe des calculs dans le canal cystique, K. les refoule dans

la vésicule ou fait la cystotomie; de même il ne craint pas de faire la cholédochotomie quand des calculs la nécessitent. J. B.

LEJARS, TUFFIER, etc. De la cholédocotomie (*Bull. Soc. chir.*, *XXIII*, *p. 701*).

Lejars rapporte l'observation d'une femme qui présentait des crises de colique hépatique depuis quinze ans. La cholédocotomie permit d'enlever plusieurs calculs; le cholédoque fut ensuite refermé à l'aide de sutures. Guérison.

L. croit que la cholédocorraphie complémentaire ne présente pas de dangers et est susceptible de réduire au minimum la durée et l'abondance de l'écoulement biliaire consécutif.

Tuffier a pratiqué la cholécystostomie chez une malade atteinte d'ictère chronique avec fièvre. Trente-trois calculs volumineux furent consécutivement expulsés et la guérison fut obtenue.

Schwartz a fait avec succès la cholédocotomie suivie de sutures et de cholécystectomie chez une femme atteinte d'ictère lithiasique chronique.

Routier a pu deux fois faire glisser dans la vésicule des calculs du cholédoque et les extraire ainsi par la simple incision de la vésicule.

Quénu et *Claisse* montrent que les insuccès consécutifs à la cholédocotomie sont souvent dus au mauvais état dans lequel se trouvent les malades avant l'opération (amaigrissement, perte de l'appétit, intoxication biliaire, angiocholite, etc.).

La cholédocorraphie, faite après l'incision du cholédoque, présente des inconvénients : prolongation de l'acte opératoire, difficulté de placer les sutures, obstruction des voies biliaires par l'épanchement de sang ou le gonflement de la muqueuse du cholédoque. Souvent la plaie se rouvre parce que les fils de suture s'infectent ou parce que la pression dans le cholédoque devient exagérée.

Les auteurs relatent plusieurs observations. Dans l'une, où l'on avait suturé le cholédoque, on dut réinciser ce canal le deuxième jour pour accidents de cholémie. Dans une autre, on dut réinciser le cholédoque le treizième jour pour la même raison, bien qu'on eût fait une cholécystostomie. A deux reprises, au contraire, on obtint des succès en évitant de suturer le cholédoque.

Q. et C. considèrent donc qu'il faut éviter de suturer les lèvres de l'incision du cholédoque après l'extraction des calculs. On évite la contamination du péritoine par la bile septique qui peut s'écouler du cholédoque en isolant le foyer opératoire à l'aide du grand et du petit épiploons qu'on suture au péritoine pariétal.

Les résultats obtenus par la cholédocotomie sans suture sont supérieurs à ceux de la cholédocotomie avec suture.

A cette communication est joint un tableau résumant quatre-vingt-quinze cas de cholédocotomie. J. VANVERTS.

G.-B. JOHNSON. Symptoms and treatment of hepatic abscess (*Trans. Amer. surg. Assoc.*, *XV*, *p. 225*).

Relation de 18 cas d'abcès du foie, 15 cas chez des hommes (12 blancs

3 nègres), 3 chez des femmes blanches. Huit fois il y avait des antécédents de dysenterie, une fois de diarrhée, une fois de fièvre typhoïde, une fois un traumatisme. Dans 8 autres cas pas de dysenterie:

Les 11 premiers cas opérés par ponction (avant 1884) ont donné 10 morts, 1 guérison par ouverture de l'abcès dans les bronches. Sur les 7 cas suivants, 2 refusèrent l'opération et moururent, les 5 opérés par incision et drainage ont donné une mort. A. CARTAZ.

TERRIER. Quelques remarques sur l'ablation des tumeurs du foie chez l'homme (*Bull. Soc. chir., XXIII, p. 759*).

L'auteur relate une opération d'extirpation d'un carcinome sessile du bord antérieur du foie. 2 mois après, l'amélioration des voies digestives était considérable ; ce fut surtout le résultat obtenu par l'intervention.

T. insiste sur la nécessité, pour obtenir une hémostase suffisante dans les sections de tissu hépatique, de serrer fortement les anses de fil placées en chaîne ; ainsi le tissu du foie est sectionné et les ligatures étreignent les vaisseaux.

Poirier a enlevé un petit carcinome du bord antérieur du foie et a assuré l'hématosse à l'aide d'une ligature en croix. La mort survint 6 mois plus tard par généralisation du cancer. J. VANVERTS.

GARIN. Occlusion intestinale compliquant la lithiase biliaire (*Thèse de Paris 1897*).

En 1895, Galliard (*Presse méd.*, 18 mai) avait réuni 225 observations d'iléus par calculs biliaires. Garin en ajoute 12 nouvelles, dont 2 inédites.

1° Femme âgée de 76 ans, ayant souffert de coliques hépatiques, éprouve de violentes douleurs suivies de vomissements fécaloïdes ; insuccès du traitement médical. Albarran pratique une incision de la paroi abdominale et, introduisant le doigt pour attirer une anse intestinale et faire un anus contre nature, il perçoit une masse dure. C'est un calcul biliaire gros comme un œuf de poule. Incision de l'intestin, extraction. Mort le lendemain. Pas d'autopsie. On suppose que l'anse incisée appartenait à la dernière portion de l'iléon. Le calcul est composé de cholestérine.

2° Femme de 72 ans entrant, le 10 octobre 1896, à la Charité, très maigre, vomissant ; estomac distendu ; foie débordant un peu les fausses côtes ; pas d'ictère. Labadie-Lagrave songe au cancer de l'estomac. Le 8 novembre, symptômes d'occlusion intestinale ; vomissements incoercibles, mort le 14 novembre.

L'angle du côlon adhère solidement au foie, ainsi que le duodénum. A la place de la vésicule qui est détruite, on constate une masse dure ; c'est une masse calculeuse longue de 5 cent. 1/2, large de 2 cent. 6, pesant 14 grammes à sec, formée par l'agglomération d'une trentaine de cholélithes, engagée et fixée dans une perforation duodénale dont le diamètre mesure 3 centimètres. Les vestiges de la vésicule sont représentés par une cavité profonde de 2 centimètres à paroi épaisse d'où émerge la masse calculeuse.

Dans ce cas, fistule cholécysto-duodénale, fixation du calcul dans le trajet fistuleux, atrophie secondaire de la vésicule, rétrécissement cicatriciel et obstruction incomplète du duodénum. L. GALLIARD.

G. HOUZEL. Énorme hypertrophie de la rate prise pour une tumeur solide de l'ovaire; exosplénopexie; guérison (*Bull. méd., 3 juin 1897*).

Une fermière des environs de Calais, depuis quelques jours, avait de la péritonite : fièvre, vomissements verdâtres, ballonnement douloureux du ventre. Elle avait présenté depuis dix ans déjà un certain nombre de crises semblables, à la suite desquelles le ventre augmentait de volume et restait douloureux. L'examen fit constater une tumeur dure, mate, remplissant tout le ventre, repoussant l'utérus. On crut à une tumeur de l'ovaire.

La laparotomie faite, on trouva une tumeur solide, lie de vin, qui était la rate; elle remplissait l'abdomen et le petit bassin et adhérait en avant au péritoine pariétal et aux côlons, en arrière à tout l'intestin grêle. Les adhérences antérieures purent être détachées, mais non les postérieures.

Alors on sutura de chaque côté par un surjet en catgut le péritoine pariétal à la capsule de la rate, en laissant un espace de quatre doigts de large entre les deux surjets, espace par lequel la rate resta exposée à l'air, simplement pansée à plat avec de la gaze iodoformée.

La péritonite et les douleurs disparurent et les fonctions intestinales se rétablirent. Le pansement était souillé d'un écoulement poisseux lie de vin, d'odeur fade; on voyait la rate tombant en déliquescence. Enfin, au bout d'un mois la rate sphacélée et encore plus grosse qu'une tête d'adulte, s'élimina et fut enlevée sans peine. La cicatrisation se fit ensuite rapidement, et avant 3 mois la malade complètement guérie avait repris ses occupations ; le ventre était souple, sans éventration et sans la moindre trace de tumeur.

LEFLAIVE.

I. BARDET. Des modifications du sang aprés la splénectomie (*Thèse de Paris, 1897*).

Etude complète de la question aux points de vue expérimental et chirurgical. En s'appuyant surtont sur les travaux de Vaquez et d'Hartmann, l'auteur insiste sur les altérations spécifiques qui apparaissent dans le sang après la splénectomie : apparition d'une leucocytose lymphocytique, tardive et de durée variable; apparition habituelle, mais très tardive, d'une leucocytose éosinophile modérée, dont la signification n'est pas connue actuellement. Ces modifications du sang n'assombrissent pas le pronostic de la splénectomie. J. V.

J. VANVERTS. De la spléneetomie (*Thèse de Paris, 1897*).

La suppression des fonctions de la rate ne détermine que des troubles, inconstants et passagers, dans la composition du sang.

Les difficultés qu'on rencontre parfois au cours de la splénectomie et qui peuvent constituer des contre-indications opératoires sont presque toujours dues à l'existence d'adhérences péri-spléniques. La libération de celles-ci peut, en effet, déterminer la production d'hémorragies, graves dans certains cas (leucémie, paludisme, etc.).

En tenant compte de ces contre-indications, on peut dire que la splénectomie peut ou doit être tentée dans les ruptures, hernies et blessures de la rate, dans les kystes, dans les différentes splénomégalies déter-

minant des troubles notables. Seule la mégalosplénie leucémique contre-indique formellement l'intervention.

L'ablation de la rate ne présente au point de vue opératoire aucun point spécial, sauf la nécessité d'établir une hémostase extrêmement soignée.

Ce travail renferme la relation de 280 cas de splénectomie. J. V.

Th. JONNESCO. La splénectomie (*Progrès méd., 20 mars, et 11e Cong. de méd., Moscou, août 1897*).

Ces communications donnent la relation de 12 cas personnels de splénectomie, dont 11 pour mégalosplénie paludique (avec 8 guérisons et 3 morts) et 1 pour kyste hydatique suppuré (avec guérison).

L'auteur s'étend longuement sur le manuel opératoire de la splénectomie. Il ne considère comme contre-indication à cette opération dans les cas de mégalosplénie palustre qu'une cachexie trop accusée. L'étendue et la résistance des adhérences, le grand volume de la rate ne lui semblent pas devoir la faire nécessairement rejeter. Il propose l'extirpation de la rate comme traitement préventif de l'infection malarique avec menace de cachexie.

De ses recherches sur les animaux et sur l'homme, il conclut à la constance de l'hypotoxicité urinaire après la splénectomie. J. VANVERTS.

F. VILLAR. Énorme hypertrophie de la rate : exosplénopexie (*Journ. méd. Bordeaux, 17 oct. 1897*).

Homme de 40 ans. Pendant quelques années, douleurs assez vives, intermittentes, au niveau de l'estomac. Au début de l'année 1894, il constate dans le côté gauche une tuméfaction qui augmente progressivement et, au mois d'octobre, on note une masse dure, immobile, non douloureuse et occupant toute la partie gauche de l'abdomen ; elle est mate en certains points et sonore en d'autres. Pas d'adénopathie. Dans le sang, augmentation considérable des globules blancs.

Cette tumeur donnant lieu à une grande gêne, on pratique l'exosplénopexie. Pendant trois jours, le pansement est souillé de sang provenant de la partie supérieure de l'incision. Mort à la fin du 3e jour. OZENNE.

Alban DORAN, ROLLESTON et MALCOLM. Cysts of the pancreas treated by incision and drainage (*The Lancet, p. 1591, 18 déc. 1897*).

Alban Doran a observé une femme de 24 ans, admise à l'hôpital en mai 1897, pour une tumeur abdominale développée durant les deux années précédentes, et ayant déterminé deux attaques de mélancolie et des douleurs spasmodiques à l'épigastre. La tumeur était saillante, fluctuante, mobile, située dans l'épigastre et l'hypochondre gauche. En opérant, on trouva un kyste situé dans la petite cavité des épiploons au-dessus du méso-côlon transverse, inséré par une large base au corps du pancréas, près de sa tête. La poche fut suturée aux lèvres de la plaie abdominale et drainée : elle contenait 1,350 grammes de liquide. Guérison rapide ; une fistule persista qui se tarit vers le milieu de décembre.

A. Doran estime que lorsqu'on peut former un pédicule, alors même

qu'il comprend la queue du pancréas, l'ablation du kyste est justifiable. Mais si le kyste est sessile, l'ablation fait courir le risque de lésion de l'artère splénique ou d'autres gros vaisseaux, et de petits vaisseaux artériels et veineux dans le tissu friable du pancréas : en ce cas, mieux vaut le drainage, et les statistiques montrent que cette pratique a donné des résultats satisfaisants.

Rolleston et G. R. Turner communiquent l'observation d'un homme de 30 ans, atteint d'une tumeur abdominale avec ictère ; on crut à une dilatation de la vésicule biliaire. Il s'agissait d'un kyste développé au voisinage du pancréas, contenant 900 grammes de liquide brunâtre, sans aucun ferment pancréatique ; le kyste fut ponctionné et drainé ; guérison rapide. L'ictère semble avoir été provoqué par la compression des conduits biliaires : l'origine du kyste reste obscure.

Malcolm relate un cas de kyste multiloculaire de la queue du pancréas, ayant simulé une hydronéphrose du rein gauche ; la tumeur fut extirpée avec difficulté en raison d'une hémorragie considérable. Guérison. Le kyste était en connexité intime avec la queue du pancréas, les gros vaisseaux du corps pénétraient dans le kyste ; aussi y a-t-il peu de doute que l'on se soit trouvé en réalité, en présence d'un kyste du pancréas. P. MAUBRAC.

KUESTER. Ueber die Neubildung der Nieren und ihre Behandlung (*Berlin. klin. Woch., n° 38, p. 837, 20 sept. 1897*).

La néphrectomie pour tumeurs malignes des reins présente une mortalité encore élevée ; de 60 0/0 à l'origine, elle est tombée actuellement (263 opérations publiées) à 41 0/0. Des 155 opérés qui ont survécu à l'ablation du rein, il n'y en a que 9 de guéris durablement, en entendant par là ceux qui sont restés depuis au moins 3 ans sans récidive ; sinon, on compterait 28 0/0 de guérisons, soit 16 0/0 de la totalité des opérations. Pour assurer le diagnostic, quand on soupçonne une tumeur rénale, Küster est d'avis de mettre à découvert les deux reins. Il distingue 3 groupes de tumeurs malignes des reins bien caractérisées :

1° Les cancers qui donnent des tumeurs dures, tardivement appréciables à la palpation, perforant de bonne heure la capsule, et peu mobiles ;

2° Les sarcomes se rencontrant surtout dans l'enfance, formant vite des tumeurs volumineuses qui ne perforent que tardivement la capsule et ne donnent lieu qu'à des adhérences inflammatoires ;

3° Les goitres surrénaux qui respectent en général l'une des extrémités du rein, peuvent rester des années stationnaires, puis s'accroissent subitement et sont des tumeurs très malignes.

Les tumeurs tout à fait mobiles doivent être opérées par l'incision lombaire, les peu mobiles par la laparotomie ; quant à celles qui sont complètement immobiles, on ne doit pas y toucher. J. B.

ISRAEL. Statistique de mes 191 opérations sur les reins (*Berlin. klin. Woch., n° 38, 20 sept. 1897, p. 837*).

La mortalité d'ensemble de 79 néphrectomies d'Israël est de 20 0/0 ; celle de ses 24 néphrectomies pour tumeurs malignes n'est que de 3

(12,5 0/0), mais il y a eu 7 récidives; parmi les autres opérés, 6 (60 0/0) restent depuis plus de 3 ans sans récidive.

Il a pratiqué 15 néphrectomies pour tuberculose primitive des reins, avec une mortalité de 33 0/0; 5 pour tuberculose ascendante des voies urinaires avec 60 0/0 de mortalité; 2 pour syphilis, sans décès; 8 pour hydronéphrose avec une mortalité de 12 0/0; 18 pour pyonéphrose avec mortalité de 22,5 0/0; 4 pour suppurations, sans décès, ainsi que les 2 pour calculs et 1 pour uretérite membraneuse; enfin 10 néphrectomies secondaires avec 30 0/0 de mortalité. Ici les mauvais résultats tiennent surtout à la bilatéralité des lésions.

Ses 19 néphrectomies lui ont donné 21 0/0 de mortalité. Les résultats les plus brillants ont été obtenus dans 17 cas de calculs sans anurie; tous les opérés ont guéri. Sur 5 opérations faites sur des anuriques et des urémiques, il a eu 60 0/0 de guérisons. 2 opérations d'anaplastie sur le bassinet ont été également des succès.

Quant à la néphropexie, Israël ne l'a faite que 15 fois, estimant qu'elle est contre-indiquée dans les nombreux cas où la mobilité du rein n'est qu'un épiphénomène de l'entéroptose. Enfin, les 7 opérations sur les uretères ont toutes été suivies de guérison. J. B.

SENN. Lumbar nephropexy without suturing (*Journ. Amer. med. Assoc.*, *11 déc. 1897*).

La méthode de néphropexie dont S. donne ici la technique peut se résumer en quelques propositions : incision lombaire verticale ; amener le rein, soigneusement libéré de sa capsule adipeuse, aussi loin que possible entre les lèvres de l'incision par compression abdominale ; passer en avant du tiers inférieur du rein une longue bande de plusieurs doubles de gaze iodoformée, bande dont les chefs dépassent longuement en dehors les lèvres de l'incision ; pansement à la gaze iodoformée. Le patient est ensuite condamné à un repos absolu couché, soit sur le dos soit sur le côté opéré pendant quatre semaines. Au bout de 3 semaines le rein a contracté de fortes adhérences pararénales suffisantes pour fixer l'organe avec sûreté dans sa nouvelle position. Dans 4 cas ainsi opérés les résultats furent si satisfaisants que S. renonce complètement aux sutures à la soie, au catgut, aux fils d'argent, qui, toutes, peuvent provoquer des déchirures du tissu si friable du sein. CART.

J. PALLERONI. Sopra un caso di doppio rene migrante e di nefropessia lombare bilaterale; guarigione (*Gaz. degli ospedali e d. clin.*, *n° 76*, *et Gaz. hebd. Paris, 15 août 1897*).

Femme de 37 ans, portant au cou et aux régions inguinales des stigmates de tuberculose cutanée. Douleurs lombaires gauches, depuis trois ans, à la suite d'un effort musculaire.

On constate les symptômes d'un rein flottant. Néphropexie après dénudation de l'organe; la partie dénudée est fixée à la paroi musculaire lombaire. Pendant sept jours, apyrexie; puis se montrent les signes ordinaires de l'occlusion intestinale qui persistent pendant une semaine et cessent subitement. Guérison rapide.

Quatre mois plus tard, nouveaux accidents d'occlusion : vomissements, douleurs, météorisme et fièvre intercurrente. L'examen direct fait constater que la fixation du rein gauche n'a pas cédé, mais que le rein droit est devenu flottant. On procède alors à une nouvelle néphropexie suivant le même procédé que du côté opposé. Quelques heures après l'opération, les mêmes accidents d'occlusion apparaissent et persistent encore sept jours ; puis les selles se rétablirent et les urines, qui avaient été sanguinolentes et moins abondantes que lors de la première intervention, redevinrent normales et la guérison s'effectua sans autre incident. OZENNE.

G. HOUZEL. Deux observations de kystes hydatiques du rein opérés (*Bull. Soc. chir., XXIII, p. 421*).

L'auteur relate 2 cas, dont l'un publié par Bœckel (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1892.) Dans le deuxième cas, le malade expulsait des vésicules avec l'urine. La néphrotomie amena la guérison en deux mois, malgré une fistule urinaire qui se ferma spontanément.

Dans le premier cas, la néphrectomie fut suivie de phénomènes urémiques par anurie complète et la mort survint le cinquième jour.

Contrairement à l'opinion de Bœckel, H. considère la néphrotomie comme préférable à la néphrectomie, car elle constitue une intervention plus simple, moins dangereuse et ordinairement efficace.

Peyrot rappelle 4 observations de kystes hydatiques du rein traités par la néphrotomie, avec trois guérisons et une mort par rupture secondaire de l'estomac dans la poche rénale.

Il considère cette opération comme l'intervention de choix dans cette affection. J. VANVERTS.

CRAMER. Eine operative Behandlungsweise..... (Mode de traitement opératoire de l'hydronéphrose) (*Centr. f. Chir., 22 mai 1897*).

Une femme de 32 ans est opérée par Bardenheuer pour hydronéphrose. La poche, d'une hauteur de 30 centimètres, étant mise à nu et attirée au dehors, on reconnaît à l'union du bassinet et de l'uretère une coudure, en forme de pli sur la paroi inférieure du bassinet. On trace alors sur la paroi postérieure du bassinet dilaté et de l'uretère, une incision en accent circonflexe à sommet supérieur, et dont les branches descendent l'une jusqu'à l'extrémité inférieure du bassinet, l'autre sur l'uretère dans une même étendue ; on attire en bas le sommet du lambeau angulaire ainsi tracé, et on suture en travers, bord à bord, le bassinet et l'uretère ; l'incision en ligne brisée donne finalement une cicatrice linéaire longitudinale. Le rein est fixé à la 12e côte. Guérison en 4 semaines sans incidents. Ce procédé opératoire est dû à Fenger.

ROBINEAU.

S. von FEDOROFF. Zur Cystoskopie bei blutigen Harn nebst einigen Bemerkungen über den Katheterismus der Ureteren (*Berlin. klin. Woch., 16 août 1897*).

La 1re observation est celle d'un homme de 48 ans qui, il y a 2 ans et 7 mois fut brusquement pris de douleurs du côté droit pendant une quinzaine ; 6 mois plus tard les douleurs reparurent, moins vives et moins durables, et principalement localisées dans le côté gauche et dans la région lombaire. Il y a 19 mois rétention soudaine d'urine pendant 12 heures, puis hématurie et réapparition de douleurs dans la lombe droite. En janvier 1896, retour des hématuries

avec dysurie; en mai les urines restent sanglantes 13 jours de suite. Etat en février 1897 : rein droit douloureux à la pression. Du côté droit de l'hypogastre, cordon rond, mobile, gros comme le petit doigt. De 1000 à 1500 centimètres cubes d'urine, renfermant 0,5 pour mille d'albumine et beaucoup d'hématies, mais ni leucocytes ni cylindres. Le cystoscope fait découvrir immédiatement, en arrière, de la partie inférieure du sphincter, une tumeur lobulée d'un rouge gris, masquant l'orifice de l'uretère gauche et commençant au devant de l'orifice de l'uretère droit qui est très dilaté. Il sort de ce dernier du sang, d'une façon continue. Dès le lendemain, un nouvel examen cystoscopique ne révélait plus trace de la tumeur vésicale qui était évidemment un caillot. Le cathéter introduit dans l'uretère droit n'y put pénétrer au delà de 1 ou 2 centimètres. Opération. Incision de l'uretère, qui était dilaté à son entrée dans le petit bassin; en amont comme en aval, il était parfaitement perméable à le sonde. Suture de l'uretère qu'on recousit avec le feuillet postérieur du péritoine. Ablation du rein droit atteint d'angiosarcome. Le 5e jour, abcès au niveau de la plaie de laparatomie; le 10e, à la suite de toux, la plaie se rouvre et les intestins grêles font hernie avec l'épiploon. Il se forme des adhérences de l'intestin avec les lèvres de la plaie. La cicatrisation n'était achevée que depuis une semaine, lorsque des phénomènes d'étranglement interne réclament une nouvelle opération. Entéroanastomose avec le côlon transverse. Mort par péritonite, 22 heures plus tard sans trace de récidive du sarcome.

La seconde observation concerne un homme de 24 ans, ayant une fistule urinaire consécutive à une opération d'hydronéphrose gauche. Le cathétérisme de l'uretère gauche n'était possible que jusqu'à la profondeur de 5 centimètres. L'opération montra que l'obstacle était dû à un calcul; mais il existait au-dessus une autre oblitération de l'uretère à sa sortie du sac d'hydronéphrose.

La dernière observation se rapporte à une femme de 58 ans, présentant de petits angiomes cutanés au visage et sur le corps. Depuis 12 ans, elle était sujette de loin en loin à des hématuries qui depuis avril 1896 sont devenues à peu près permanentes, sans aucun caillot. L'examen cystoscopique permit de voir à la partie inférieure du sphincter, une série de petits papillomes dont quelques-uns pédiculés; 2 tumeurs semblables, dont l'une saignante, se trouvaient sur la partie gauche de la vessie. J. B.

I. — G. ESCAT. Des hématuries rénales chez les prostatiques (*Thèse de Paris, 1897*).

II. — P. HAMEL. De l'hématurie essentielle (*Thèse de Paris, 1897*).

I. — D'après ses observations, Escat admet que les hématuries rénales des prostatiques rétentionnistes sont dues à la rétention rénale; elles peuvent être unilatérales, bi-latérales ou bien associées à des hématuries vésicales, urétrales et prostatiques.

II. — Hamel divise les hémorragies rénales essentielles en six groupes : hématurie avec néphroptose, hématurie avec névralgie, hématurie hémophilique, hématurie purpurique, hématurie avec albuminurie, hématurie essentielle pure. R. JAMIN.

F. LEGUEU. Des relations pathologiques entre l'appareil génital et l'appareil urinaire chez la femme (*Ann. mal. des org. gén.-urin., juill. 1897*).

Les rapports anatomiques et les connexions vasculaires qui existent entre l'appareil génital et l'appareil urinaire chez la femme expliquent

la connexité des affections de ces deux appareils. Les congestions physiologiques ou pathologiques de l'utérus retentissent sur la vessie. L'utérus malade ou néoplasique peut comprimer l'urètre, la vessie ou l'uretère. La compression des voies urinaires inférieures retentit sur le rein. Les voies urinaires sont souvent infectées par le vagin. R. JAMIN.

H. Betham ROBINSON. A succcssfull case of retroperitoneal uretero-lithotomy (*Brit. med. Journ., p. 648. 11 sept. 1897*).

Femme de 23 ans, présentant, depuis l'âge de 15 ans, des crises intermittentes, douloureuses, avec émission d'urines sanguinolentes. Cinq ans plus tard, apparition d'une tumeur dans la région lombaire droite. On sent dans le flanc une tumeur lobulée, fluctuante, de volume et de tension variables d'un jour à l'autre, que l'on considère comme le rein atteint d'hydronéphrose.

Le cathétérisme des uretères montra l'uretère gauche perméable, l'uretère droit, au contraire, bloqué par un corps étranger, vraisemblablement un calcul. L'opération fut exécutée le 8 juin ; par la région rétropéritonéale, on arriva sur l'uretère, qui fut incisé au-dessus de l'obstacle.

Cela fait, au moyen du toucher vaginal on put sentir le calcul et le faire remonter graduellement, le long de l'uretère, jusqu'au niveau de l'incision, où il fut possible de le saisir et de l'enlever. L'uretère fut soigneusement suturé, la plaie drainée, et la malade guérit en un mois. H. R.

LOCKWOOD. Vesical calculus as a result of injury of the bladder (vessie) during the operation for radical cure of hernia (*The Lancet, p. 1592, 18 déc. 1897*).

Le malade avait été opéré en juin 1895, pour une cure radicale de hernie inguinale droite ; en novembre 1895 il fut opéré à nouveau pour une hernie inguinale incomplète du côté gauche. Aussitôt après le malade se plaignit de troubles de la vessie, et on acquit la certitude qu'au moment de la première intervention un diverticule de la vessie, du volume du doigt, avait été ouvert, tandis qu'on disséquait une masse graisseuse près de l'anneau du sac herniaire. L'ouverture avait été fermée à l'aide de sutures de soie. Du pus apparut dans l'urine, et l'examen cystoscopique révéla la présence de 2 calculs phosphatiques ; Lockwood pratiqua la lithotritie, et le malade guérit.

Il fut impossible de découvrir dans les calculs de vestiges des ligatures.

P. MAUBRAC.

HOFMOKL. Ein Fall eines selten grossen Divertikels der Harnblase beim Weibe (Diverticule de la vessie chez la femme) (*Arch. f. klin. Chir., LVI, p. 202-207*).

C'est l'observation d'une femme de 59 ans atteinte de troubles de la miction. On avait diagnostiqué un abcès extra-péritonéal du petit bassin avec communication avec la vessie.

A l'autopsie on constata un diverticule énorme de la vessie, de la grosseur d'une tête d'enfant, et communiquant avec la vessie par un canal qui s'ouvrait à côté de l'orifice uretéral gauche. Les parois musculaires de ce diverticule présentaient une hypertrophie considérable et sa muqueuse portait des végétations polypeuses et était recouverte de membranes fibrino-purulentes. Aucune autre lésion de l'appareil urinaire. MARCEL BAUDOUIN.

R.-W. MURRAY. Opération pour l'exstrophie de la vessie (*Brit. med. Journ., I, p. 1468, 1897*).

M. propose l'opération suivante : On taille deux lambeaux latéraux à peu près rectangulaires, qu'on laisse adhérents par leur bord externe ; ces lambeaux sont épais et amples, de façon à ce qu'ils puissent être facilement rapprochés l'un de l'autre sur la ligne médiane. Cette réunion est faite à l'aide de boutons qui appliquent l'un contre l'autre les surfaces cruentées des lambeaux sur une étendue d'environ 2 centimètres ; on suture ensuite les bords des lambeaux. Ainsi la vessie se trouve complètement fermée en avant, sauf à la partie supérieure où on laisse un petit orifice qui permettra les lavages fréquents et qu'on fermera dans une séance ultérieure.

Ce procédé, que M. a mis trois fois en pratique avec succès et dont il rapporte deux observations illustrées de figures explicatives, est d'une exécution simple ; il évite l'emploi de la peau pour fermer la paroi vésicale, comme dans la méthode de Wood qui expose à la production de calculs phosphatiques. M. a, en outre, pu constater que la surface vésicale, cruentée, des lambeaux prenait bientôt un aspect lisse et uni, analogue à celui d'une membrane muqueuse. J. VANVERTS.

HERMES. Beitrag zur Kenntnis der Blasenhernien (Contribution à l'étude des hernies de la vessie (cystocèles) (*Deut. Zeitschr. f. Chir., XLV, 3 et 4 p. 245*).

Dans ce travail, l'auteur a résumé tous les cas de cystocèles publiés depuis 1890. Il y ajoute encore 4 cas personnels et résume les symptômes qui peuvent faire présumer l'existence d'une cystocèle. Ce sont : 1° Les troubles vésicaux et surtout la difficulté d'uriner ; 2° la modification du volume de la vessie, qui correspond à son état de réplétion ; enfin, 3° c'est la sonde et le lavage de la vessie qui fixeront le diagnostic. Le développement lipomateux colossal de la couche prévésicale rend parfois le diagnostic excessivement difficile. L'auteur étudie ensuite les causes de la cystocèle, qu'il range sous deux chefs : 1° La herniotomie elle-même et 2° les adhérences qui peuvent entraîner une partie de la vessie dans l'anneau inguinal. Les hernies de la vessie une fois diagnostiquées doivent être traitées chirurgicalement. Les bandages herniaires ne font que provoquer l'irritation de la vessie et pas autre chose. M. BAUDOUIN.

FREYER. Cystic tumour of the bladder (vessie) containing calculi (*The Lancet, p. 1246, 13 nov. 1897*).

Un homme de 36 ans souffrait depuis 10 ans de troubles urinaires mal définis, ayant débuté à la suite d'une chute qui avait été suivie de douleurs dans la région du rein droit, d'hématurie intermittente, de fièvre et de cystite ; l'examen cystoscopique révéla l'existence d'une tumeur pédiculée, fixée sur le côté droit de la base de la vessie.

On pratiqua la cystotomie sus-pubienne, et on trouva une tumeur du volume d'une noix, lisse, portant un petit papillome en son sommet, et fixée par un pédicule arrondi au niveau de l'abouchement de l'uretère droit dans la vessie.

Cette tumeur était kystique et contenait 2 calculs d'acide urique, l'un gros comme une muscade, l'autre gros comme un pois; le liquide contenu dans le kyste semblait être de l'urine. La tumeur fut excisée, le pédicule fut lié à la soie, avec les deux bouts du fil amenés à l'extérieur par la plaie abdominale ; les fils tombèrent le 12e jour et la guérison était complète au bout d'un mois.

La paroi du kyste était formée par du tissu fibreux recouvert sur ses deux faces par un épithélium semblable à celui de la vessie et des uretères ; il est probable que des calculs venus du rein ont été arrêtés dans cette portion de l'uretère qui passe obliquement à travers la paroi de la vessie, tout près de l'abouchement de l'uretère ; là ils ont refoulé les parois de l'uretère et de la vessie, et ont ainsi formé une tumeur kystique contenant des calculs et communiquant par une petite ouverture avec l'uretère. Durant l'opération l'orifice d'abouchement de l'uretère dans la vessie a été laissé intact. P. MAUBRAC.

J. VERHOOGEN. Note sur deux cas de résection partielle de la vessie intéressant l'embouchure d'un uretère (*Ann. Soc. belge chir., 15 déc. 1897*).

L'une des observations a trait à une femme de 38 ans portant une tumeur saillante, ulcérée et largement implantée aux environs de la région uretérale. Taille hypogastrique. Ablation de la tumeur qui entoure l'uretère. La brèche vésicale ne pouvant être suturée, on forme avec l'utérus et les anses intestinales une loge où débouche l'uretère et qui communique avec le réservoir vésical. Tamponnement à la gaze. Suites immédiates bonnes, mais récidive rapide, cachexie et mort quatre mois plus tard. La tumeur était un carcinome.

Dans le second cas il s'agit d'une femme de 74 ans, atteinte également d'un cancer occupant le même siège et enlevé par la voie vaginale. Après avoir créé avec le bistouri, du côté gauche, une voie paravaginale et fendu longitudinalement le vagin, ce qui a donné naissance à une large brèche, Verhoogen a détaché la muqueuse vaginale de la tumeur vésicale, ouvert la cavité vésicale et attiré en bas la tumeur. Il l'a ensuite extirpé en totalité. La cavité péritonéale a été ouverte et l'uretère sectionné. Ce dernier est alors fixé sur une sonde, dont l'autre extrémité est amenée au dehors au travers de l'urètre. La brèche vésicale et la plaie vaginale ont ensuite été suturées, après fixation de la paroi uretérale dans l'angle de la plaie vésicale. Sonde de Pezzer à demeure.

Dans les jours suivants, toute l'urine s'écoule par les deux sondes. Le septième jour la sonde uretérale est enlevée; le onzième jour on constate, par le vagin, un léger écoulement d'urine, qui continue pendant une semaine, puis disparaît pour ne se reproduire que quand la vessie est distendue. La sonde à demeure est conservée pendant quelque temps. Six semaines plus tard la plaie opératoire est bien cicatrisée. L'état général est bon. Par suite de l'atonie du col vésical il persiste un peu d'incontinence. OZENNE.

BANZET. Traitement des cystites tuberculeuses (*Ann. des mal. des org. gén.-urin., juin 1897*).

Le traitement médical amène souvent la guérison des cystites tuberculeuses. Les instillations de sublimé, au début, donnent de bons résultats. Le gaïacol en instillations calme les douleurs. La douleur et la fréquence persistantes sont justiciables du curetage du col suivi de drainage. La taille hypogastrique donne peu de résultats favorables. La

dernière ressource, chez la femme, est la fistulisation vésicovaginale. L'état général grave n'est pas une contre-indication opératoire. R. JAMIN.

M.-W. af. SCHULTÉN. Contributions cliniques à la question de la castration contre l'hypertrophie de la prostate (*Finska läkar. handlingar, déc. 1897*).

La castration ou la vasectomie sont indiquées : 1° dans les cas où un traitement par le cathétérisme n'a pas donné de résultats, si l'état du malade s'est aggravé ou si le cathétérisme est difficile, douloureux et détermine de la fièvre ou des hémorragies ; 2° dans les cas où le cathétérisme ne peut, pour des raisons diverses, être pratiqué avec régularité.

S'il y a infection considérable des voies urinaires, une fistule doit avant tout être établie au-dessus de la symphyse ; la castration peut venir après. Si la castration ne produit pas d'amélioration et qu'il y ait dépression des forces, une fistule doit être ouverte immédiatement. L'effet de la castration paraît être plus sûr et plus énergique que celui de la vasectomie. H. FRENKEL.

LENNANDER. Zur Frage der sexuellen Operationen bei Prostatahypertrophie (*Centr. f. Chir., 29 mai 1897*).

L'auteur donne le relevé de 19 cas d'hypertrophie prostatique, traités : 7 par la castration double, 11 par la section des déférents, 1 par l'incision prostatique de Bottini. Ses principales remarques sont les suivantes : La castration lui a donné de mauvais résultats ; son indication se restreint aux cas où les testicules sont malades, ou le siège de névralgies. La section des déférents est excellente quand il y a dilatation vésicale avec rétention partielle, sans infection, mais à condition de ne pas faire de cathétérisme ; dans 10 cas, d'ailleurs, L. a dû combiner le cathétérisme à la vasectomie. Cette opération doit encore être proposée quand le cathétérisme n'améliore pas les symptômes. En cas d'infection vésicale, si le cathétérisme est impuissant, la cystostomie rend des services et on peut lui combiner la section des déférents. Contre la dilatation avec rétention complète, on peut se demander si le meilleur traitement n'est pas la ponction répétée avec double vasectomie.

L'auteur attribue une grande importance à la section des nerfs entourant le déférent et il a soin de prendre avec le canal le tissu conjonctif voisin. Sur 4 opérations de Bottini, une seule semble avoir donné un résultat ; les autres malades ont dû subir de nouvelles opérations.

ROBINEAU.

L. AUDOUIN. Du traitement de l'hydrocèle par les grands lavages phéniqués de la tunique vaginale (*Thèse de Paris, 1897*).

Chez un sujet jeune atteint d'hydrocèle simple, Audoin recommande la ponction suivie d'un lavage à l'eau phéniquée à 3 0/0.

Chez un sujet âgé, à hydrocèle récidivante, l'incision puis le brossage de la vaginale avec cette solution à 5 ou 7 0/0, deux plans de suture, drainage, etc. sont préférables. Si tous les moyens ont échoué, le même

procédé, suivi d'un tamponnement à la gaze iodoformée jusqu'à l'oblitération de la cavité par bourgeonnement est indiqué. R. JAMIN.

TRAPP. Zur Kenntniss der Wirbelbrüche (Des fractures de la colonne vertébrale, étude sur le diagnostic clinique du siège des fractures du rachis, d'après les troubles nerveux) (*Deut. Zeitschr. f. Chir.*, *XLV*, *3 et 4*, *p. 434*).

Pour établir le diagnostic du siège d'une fracture du rachis, il suffit, dans le cas où il y a une lésion grave et simultanée de la moelle épinière, d'interpréter bien exactement les troubles et les phénomènes qui se produisent dans le domaine des nerfs rachidiens. Car on sait qu'à chaque vertèbre correspond une paire déterminée de nerfs rachidiens, et, en conséquence, un segment bien déterminé de la moelle épinière. La possibilité de diagnostiquer ainsi le siège exact d'une fracture du rachis, sans examen direct de l'endroit du squelette lésé, est très important, parce qu'elle permet d'éviter la dislocation encore plus grande en faisant remuer le malade. L'auteur a fait, à l'instigation de Helferich, en s'inspirant du travail de Denis, des tableaux synoptiques de tous les symptômes en rapport avec les lésions de la colonne vertébrale. De sorte que, par un simple coup d'œil sur ces tableaux, on voit : 1° lesquelles des racines rachidiennes correspondent à une vertèbre déterminée et, 2° quels sont les troubles de la motilité, de la sensibilité, des réflexes, etc., qui correspondent à une lésion de la moelle à un niveau donné. MARCEL BAUDOUIN.

Robert JONES et A.-H. TUBBY. On the immediate redress of the angular deformity of spinal caries (*Brit. med. Journ.*, *p. 336*, *7 août 1897*).

Les auteurs ont expérimenté la méthode de Calot du redressement des gibbosités pottiques, et confirment les résultats obtenus par le chirurgien de Berck. Les cas traités sont au nombre de onze. Sur six, la réduction immédiate et complète a été obtenue. Cinq fois elle n'a pu se faire que partiellement, soit en raison de la proéminence extrême de la gibborité angulaire, soit parce que plusieurs vertèbres étaient malades et très épaissies. Dans aucun cas, les auteurs n'ont vu se produire ni paralysie, ni parésie, ni suppuration ni diffusion de la tuberculose. H. RENDU.

Noble SMITH. Spinal caries, spondylitis and Pott's disease (*In-8°*, *2e édit.*, *Londres*, *1897*).

Cette seconde édition du remarquable travail de S. renferme quelques remarques sur la réduction forcée de la gibbosité pottique. L'auteur, reprenant les conclusions qu'il avait formulées dans son premier livre, considère le mal de Pott comme une affection généralement curable. Pour lui, la réussite du traitement dépend des procédés qu'on emploie pour soutenir la colonne vertébrale. Il regrette que les chirurgiens se déchargent du soin important du choix des appareils sur les fabricants d'instruments. J. VANVERTS.

R.-W. MURRAY. Remarques sur la réduction forcée de la gibbosité du mal de Pott (*Brit. med. Journ., II, p. 1630, 1897*).

L'auteur a pu examiner la colonne vertébrale de deux enfants, l'un de 4 ans, l'autre de 3 ans 1/2, morts 2 et 3 mois après la réduction forcée d'une gibbosité de mal de Pott. Le premier enfant mourut de pneumonie, le second de méningite tuberculeuse. Le début du mal de Pott remontait à 3 ans dans le premier cas, à 2 ans dans le second. La caverne osseuse consécutive à la réduction de la gibbosité persistait et n'était comblée que par du tissu caséeux. J. VANVERTS.

Ch. JONNESCO. La réduction brusque des gibbosités pottiques (*11e Congrès de méd. Moscou, août 1897*).

Il ne faut pas recourir à la résection préalable des apophyses épineuses, car cette intervention est inutile et elle est même dangereuse, parce qu'elle diminue les chances de consolidation ultérieure de la colonne au niveau de la gibbosité réduite. La traction mécanique, à l'aide de moufles, faite sur la tête et le bassin pour obtenir la réduction, est d'une application plus facile et plus réglée que la traction manuelle. L'anesthésie ne doit être employée que pendant les premiers temps de la réduction; peut-être y a-t-il avantage à la supprimer complètement.

L'auteur a pu réduire toutes les gibbosités qui se sont présentées à sa clinique. Sur 13 cas il a eu 3 morts : une mort par chloroforme, une mort d'origine inconnue, survenue au bout de 48 heures, une mort au bout de 8 jours par bronchopneumonie. J. VANVERTS.

H. PEHAM. Riesenzellensarkom des Kreuzbeins (Un sarcome à cellules géantes du sacrum) (*Deut. Zeitschr. f. Chir., XLV, 3 et 4, p. 241*).

L'auteur considère comme un sarcome à cellules géantes, une tumeur de l'extrémité inférieure du sacrum, grosse comme une tête d'enfant qui a été extirpée chez un jeune homme de 17 ans, à la clinique de Vienne.

La tumeur a évolué assez rapidement; elle s'était formée en quelques mois en provoquant de fortes douleurs. Comme cette tumeur a été fluctuante, on l'avait prise pour un abcès froid. L'opération, pratiquée et commencée par une incision longitudinale, a permis de constater la présence d'une tumeur fortement adhérente aux muscles du bassin, mais qu'on est arrivé à détacher très facilement du rectum. Cette tumeur a été enlevée à l'aide des ciseaux, au niveau de la 3e vertèbre sacrée. On a fait un tamponnement provisoire de la plaie et de la cavité ainsi formée; la suture secondaire a été pratiquée quelque temps après. La guérison a été obtenue sans troubles nerveux. Le rectum formait, à l'endroit de la cavité osseuse, une grande ampoule; toute la région coccygienne suivait les mouvements respiratoires en formant une sorte de voûte pendant l'inspiration; cette voûte s'affaissait pendant l'expiration.

MARCEL BAUDOUIN.

F. MOTY. Traitement des fractures de jambe par l'appareil de Raoult Deslongchamps modifié (*Arch. de méd. milit., n° 10, p. 225, 1897*).

La réduction du membre doit se faire en demi-flexion à 135° environ

En cas de difficulté, porter la flexion jusqu'à son maximum, l'aide immobilisant l'extrémité inférieure de la cuisse. La contention doit être faite dans la même position afin d'empêcher la saillie du fragment supérieur du tibia. L'immobilisation du genou est nuisible. Sauf pendant les quatre ou cinq premiers jours, où la compression doit être plus grande, il faut se contenter d'une immobilisation relative du membre. L'appareil de choix est la gouttière modelable en zinc de Raoult Deslongchamps débarrassée de ses dentelures supérieures. Cette gouttière est complétée par une petite attelle libre, prétibiale, en zinc, destinée à servir de point d'appui aux trois lacs qui maintiennent la gouttière. L'appareil est matelassé avec de l'ouate. Il est d'une application rapide, d'une surveillance facile, d'une solidité irréprochable. Il peut être stérilisé. Il permet le transport des blessés. H. VINCENT.

BÉGOUIN et ANDÉRODIAS. Fréquence de la rupture du cal dans le traitement des fractures de la rotule par le massage (*Gaz. méd. de Paris, 23 oct. 1897*).

Cette courte revue des travaux connus sur la question se termine par une conclusion en faveur de la suture osseuse. Si au point de vue de la rapidité de la guérison, le massage semble l'emporter sur la suture, par contre, la rupture du cal, exceptionnelle avec la suture, est fréquente avec le massage, le résultat final était ainsi absolument contraire au but visé.

CART.

P. BUSQUET. De l'ostéopériostite ossifiante des métatarsiens (*Revue de chir., p. 1065, déc. 1897*).

Les opinions sur le mode de production de la périostose elle-même peuvent se grouper en plusieurs catégories : 1° La périostose est causée par un traumatisme direct dû à l'accentuation du pli dorsal du soulier, sans altération des tissus superficiels à ce niveau ; 2° la périostose est la conséquence d'une entorse intermétatarsienne ; 3° la périostose n'est qu'une manifestation de la diathèse rhumatismale qui se localise au pied, parce que cet organe fonctionne plus que le reste de l'organisme. Pour l'auteur, le désaccord provient de ce que l'on s'est efforcé de faire rentrer dans un cadre unique les diverses manifestations symptomatiques de l'affection. Il est exact qu'un choc lent et répété peut produire la périostose, de même des tiraillements multiples et fréquents au point d'insertions aponévrotiques, ligamenteuses, tendineuses ou musculaires sur le périoste peuvent aussi déterminer des productions ostéoplastiques des zones irritées. L'auteur pour se résumer considère :

1° Des périostoses traumatiques directes, primitives immédiates ;
2° Des périostoses traumatiques indirectes, secondaires ou médiates ;
3° Des périostoses diathésiques. F. VERCHÈRE.

K. MUELLER. Ueber Knochenabscesse (Sur les abcès osseux) (*Arch. f. klin. Chir LV, 4, p. 782*).

Il s'agit d'un abcès osseux datant de 50 ans, que l'auteur considère comme étant le reste d'une ostéomyélite du fémur, dont le malade a été atteint à l'âge

de 13 ans. On a constaté bactériologiquement la présence de staphylocoques dorés parfaitement vivants et virulents. Il faut remarque le volume de l'abcès formé chez le malade en question, qui est âgé de 64 ans. Cet abcès s'étendait sur la cuisse, le genou et la partie supérieure de la jambe. L'auteur attire l'attention sur ce fait que des cas semblables peuveut être pris pour des rhumatismes. De même la névralgie osseuse des auteurs français n'est autre chose qu'un processus ostéomyélitique, même si l'on ne trouve autre chose que de simples vacuoles remplies d'une masse gélatineuse, qui peut servir pour la culture de staphylocoques. MARCEL BAUDOUIN.

W.-A.-F. SCHULTEN. Eine Methode um Knochenhöhlen im Femur..... (Autoplastie des pertes de substance du fémur et de l'humérus) (*Arch. f. klin. Chir.*, *LIV*, *2*, *p. 328*).

L'auteur propose un procédé qui comprend une double intervention.

1° Curetage, après séquestrotomie, du foyer ostéomyélitique.

2° Obturation autoplastique de la cavité trois semaines ou un mois après la première intervention, au moyen d'une partie du tendon du triceps fémoral, en enlevant soigneusement le périoste sous-jacent, et en fixant le lambeau autoplastique à l'aide de quelques points de suture au catgut. L'extrémité opérée sera fixée dans une gouttière bien rembourrée.

Le pansement est appliqué sur un cerceau métallique fixé à la gouttière, sous lequel la plaie se trouve absolument libre. La guérison s'effectue généralement au bout d'un ou deux mois.

L'auteur a appliqué avec succès ce procédé dans 30 cas d'ostéomyélite du fémur. Il peut être employé également dans l'ostéomyélite de l'humérus avec un lambeau du deltoïde et du biceps. M. BAUDOUIN.

A. PONCET. De la polyarthrite tuberculeuse déformante ou pseudo-rhumatisme chronique tuberculeux (*11e Congrès chir. Paris, p. 732, 1897*).

Ces ostéo-arthrites sont essentiellement caractérisées par un gonflement plus ou moins considérable des articulations malades avec déformation progressive des extrémités osseuses articulaires, d'où, à la longue, un certain degré de relâchement de l'article et de laxité anormale. Ces lésions évoluent sans tendance aux abcès, sans fongosités apparentes, avec des crises douloureuses plus ou moins vives, avec des déformations qui simulent, à s'y méprendre, le rhumatisme déformant. Par l'exploration directe, on constate très nettement les diverses particularités : distension de la capsule par des masses molles, usure, déformation des têtes articulaires qui, par les mouvements provoqués, donnent par frottement une crépitation spéciale (craquements) témoignant de l'usure et de la disjonction des cartilages. L'auteur a plusieurs fois rencontré cette variété d'ostéo-tuberculose articulaire sèche avec localisation sur un plus ou moins grand nombre d'observations et simulant le rhumatisme chronique. OZENNE.

BARDENHEUER. Ueber Exarticulatio im Sacroiliacalgelenk (*Berlin. klin. Woch., n° 22, p. 482, 31 mai 1897*).

Femme de 46 ans, ayant un volumineux abcès du psoas, consécutif à une coxalgie suppurée d'ancienne date. La malade était trop faible pour supporter la résection du bassin, ce qui décida B. à pratiquer d'abord la désarticulation de la cuisse. Après ligature de l'artère iliaque, il forma 2 grands lambeaux, l'un externe, l'autre interne; scia le pubis au niveau de la symphyse; sectionna l'ilion, puis écartant l'une de l'autre les 2 moitiés du bassin, le luxa dans la synchondrose sacro-iliaque.

Enfin il fit une suture couches par couches. Rétablissement de la malade en 7 semaines; il reste encore des fistules, mais la femme peut s'asseoir et marcher avec un appareil.

B. estime que la même opération serait indiquée en cas de suppuration interminable après résection de la hanche, et pour certains sarcomes.

J. B.

August BIER. Operationstechnik für Tragfähige..... (Technique de la confection de moignons capables de support) (*Centr. f. Chir., 31 juill. 1897*).

Pour pouvoir supporter les pressions, un moignon doit présenter sur la surface de section des os une surface cartilagineuse ou une pièce ostéo-périostique; l'étendue du moignon, pas plus que l'épaisseur des parties musculaires, ne jouent au contraire aucun rôle; enfin, il est préférable de ne pas faire coïncider la cicatrice cutanée avec la surface de section osseuse. D'après ces données, l'auteur a imaginé et appliqué 11 fois le procédé suivant pour amputation de jambe: 1° tailler un grand lambeau cutané antéro-interne ou antéro-externe, elliptique, et le relever; 2° amputation circulaire au niveau du point déclive de l'entaille du lambeau; 3° un lambeau quadrangulaire est détaché de la face interne du tibia, suivant la longueur, de la section à la base du lambeau; il doit être assez large pour permettre la suture périostique aux deux os de la jambe; 4° amputation circulaire des muscles et des os au niveau de la base du lambeau; le lambeau ostéo-périostique est rabattu sur la section du tibia et du péroné et suturé; sutures de la peau. On peut modifier ce procédé suivant les régions, et recouvrir un moignon d'amputation tibio-tarsienne avec un lambeau périostique pris sur le calcanéum ou sur la face dorsale des os du tarse. L'auteur a pu traiter avec succès, par son procédé, un moignon de jambe amputé à la manière classique; depuis, la marche sur le moignon est devenue possible. ROBINEAU.

P. BERGER. Résection totale de l'omoplate et de l'extrémité externe de la clavicule pour un sarcome récidivé de l'épaule droite (*Bull. Soc. chir., XXIII, p. 571*).

Après avoir rapporté un cas d'extirpation de l'omoplate et de l'extrémité externe de la clavicule pour sarcome récidivé de l'épaule, l'auteur donne quelques indications sur la technique de cette opération, qui est plus facile et moins grave qu'on serait disposé à le croire. La seule difficulté réside dans l'ignorance où l'on est souvent de la situation des vais-

seaux sous-claviers et des branches terminales du plexus brachial qui sont cachées par la tumeur. Si ces organes sont envahis, il faut avoir recours à l'amputation inter-scapulo-thoracique. Le seul moyen de reconnaître leur situation et leur état consiste à faire, comme premier temps, la résection de la partie moyenne de la clavicule. J. VANVERTS.

DEMONS et BÉGOUIN. Examen clinique et anatomo-pathologique d'une luxation traumatique sus-pubienne de la hanche chez un sujet mort 5 heures après l'accident (*Bull. Soc. chir., XXIII, p. 635*).

Après avoir relaté un fait de luxation sus-pubienne dont ils purent examiner soigneusement les lésions en raison de la mort rapide du blessé, les auteurs insistent sur la difficulté de la réduction de ces luxations. Au lieu de commencer par fléchir la cuisse, il faut d'abord pratiquer une traction sur le membre mis en abduction, puis fléchir la cuisse tout en l'élevant directement en haut. Enfin on ramène le membre en rotation en dedans, en adduction et on termine en le mettant en extension.

Lejars, rapportant une observation de luxation sus-pubienne qu'il put réduire, estime que le premier temps de la réduction doit être l'abduction forcée qui transforme la luxation pubienne en luxation ovalaire.

J. VANVERTS.

VULPIUS. Zur Casuistik der Sehnentransplantation (De la transplantation des tendons) (*Münch. med. Woch., n° 16, p. 409, 20 avril 1897*).

1er cas. — Pied bot équin paralytique. Le tendon du tibial antérieur est divisé et soudé aux tendons des extenseurs; bon résultat. — 2e cas. Paralysie des péroniers, compensée par la soudure de leurs tendons avec une partie du tendon d'Achille. — 3e cas. Pied bot paralytique chez une fille de 18 ans. Le seul gastrocnémien conserve ses mouvements : les 2/3 des tendons sont libérés et soudés en partie avec les péroniers, en partie avec le tibial antérieur. La malade qui boitait énormément peut marcher, le pied appuyant par presque toute la plante. C. LUZET.

SCHULTE. Fussgeschwulst (La tumeur du pied) (*Arch. f. klin. Chir., LV, 4, p. 872*).

Breithaup a donné le nom de tumeur du pied à une tuméfaction douloureuse du dos du pied, chez les soldats, à la suite de marches forcées, provenant, soit d'une affection de l'articulation médio-tarsienne, soit de l'inflammation des gaines tendineuses du périoste.

Pour Schulte, c'est une altération du tissu osseux de l'un des os du tarse antérieur qui s'incurve ou même se rompt complètement. Sur 100 cas, l'auteur a trouvé 6 fois seulement des symptômes de fracture; mais malgré tout l'hypothèse d'une lésion osseuse est probable.

Le repos au lit constitue le meilleur traitement de l'affection.

MARCEL BAUDOUIN.

LEDDERHOSE. Zur Pathologie der Aponevrose des Fusses und der Hand (De la pathologie des aponévroses du pied et de la main) (*Arch. f. klin. Chir., LV, 3, p. 694*).

L'auteur a eu l'occasion d'observer, après les fractures de la jambe, des processus inflammatoires dans l'aponévrose plantaire, processus qui ont été suivis de tuberculisation. Il croit que l'inflammation de l'aponévrose plantaire se produit pendant l'application de l'appareil plâtré. Cette inflammation a été prouvée microscopiquement par la prolifération des cellules et des vaisseaux et des amas rares des cellules globulaires. Il a également observé la tuberculisation ci-dessus décrite, après l'ostéomyélite et la rougeole. Les observations de Noble Smith et Madelung, indiquent que dans la maladie de Dupuytren, des processus analogues se passent dans l'aponévrose palmaire. L'auteur a fait une étude approfondie de cette question et il se trouve que les recherches microscopiques de Langhans sur la rétraction de Dupuytren sont absolument d'accord avec les résultats qu'il a obtenus lui-même dans ses recherches sur l'aponévrose plantaire. Il est donc probable que la production des tubercules de l'aponévrose palmaire a pour origine des causes traumatiques. En général, la tuberculisation de l'aponévrose palmaire n'est pas très fréquente dans la maladie de Dupuytren. Au point de vue de la rétraction et de la contracture consécutive des tendons et des doigts, il n'y a pas de différence entre les aponévroses palmaire et plantaire. L'étiologie des affections de ces deux aponévroses est la même. En un mot, il y a une analogie très grande entre les maladies de ces deux aponévroses quant à leur nature, leur marche et leurs conséquences. MARCEL BAUDOUIN.

P. GUINEBAULT. Contribution à l'étude de la rétraction de l'aponévrose palmaire (*Thèse de Paris, 1897*).

Après avoir exposé avec quelques détails les différentes théories qui ont été successivement émises pour expliquer le développement de cette singulière affection, l'auteur émet l'hypothèse de troubles trophiques sous la dépendance d'une lésion périphérique du nerf cubital, d'origine arthritique. Comme mode de traitement, il préconise le procédé de Berger, qui consiste à réséquer largement tous les tissus atteints de rétraction et à combler les larges destructions par des réparations autoplastiques, suivant la méthode italienne.

Ce travail renferme deux observations inédites de Berger et de Delbet.

J. VANVERTS.

RASH. Ein Fall von kongenitaler kompleter Syndaktilie und Polydaktilie (*Beitr. z. klin. Chir., XVIII, 2*).

Ce cas est particulier, surtout par la syndactylie complète et la symétrie des deux mains. Le pouce est réuni à l'index par une palmure ; il est formé de deux métacarpiens, supportant deux premières phalanges au bout desquelles on trouve trois phalangettes portant trois ongles unis. Il y a en outre un petit doigt surnuméraire, ce qui porte à huit le nombre des doigts

pour chaque main. La flexion des doigts sur la paume de la main se fait bien, mais il n'y a pas de mobilité active des phalanges les unes sur les autres. Au pied droit, on remarque un petit orteil surnuméraire, fusionné, formé seulement par deux phalanges, avec un ongle surnuméraire.

L'opération en deux temps a consisté à libérer le pouce d'avec l'index, à enlever la phalangette surnuméraire externe de chaque pouce, et du côté droit à séparer l'index du médius. Le petit doigt surnuméraire a été enlevé au cours de l'opération pour la main droite, ultérieurement pour la gauche. Le résultat fonctionnel est bon, les pouces peuvent être mis en opposition et le malade peut écrire ; l'index libéré peut être fléchi et étendu.

L'auteur fait encore quelques remarques sur les divers procédés opératoires. ROBINEAU.

HILDEBRAND. Ueber doppelseitiges caput obstipum (Du torticolis double) (*Deut. Zeitschr. f. Chir. XLV, p. 584-594*).

La première observation citée par l'auteur concerne un enfant né par présentation du siège, et par expulsion provoquée de la tête ; celle-ci, quatre semaines environ après la naissance, se mit dans une position anormale et se fixa en flexion exagérée. A la partie moyenne des deux sterno-cléido-mastoïdiens, on voyait des tumeurs dures, de la grosseur d'une prune, et dont l'extirpation donna lieu à la suppuration, suivie, dans l'espace de 4 semaines, de mort par broncho-pneumonie. L'examen microscopique des tumeurs montra qu'il s'agissait de myosite interstitielle dont l'existence expliquait parfaitement la position de la tête. L'auteur rattache cette myosite à un traumatisme exercé sur les sterno-mastoïdiens pendant l'accouchement : on connaît 6 cas de déchirures de ces muscles dans ces circonstances, 4 cas d'hématomes sans position vicieuse de la tête ; l'auteur en a observé un cinquième. Cet hématome, d'ailleurs, peut ne pas être d'origine purement traumatique. L'auteur ne recommande pas dans ces cas l'intervention précoce, mais des massages et de la mobilisation. MARCEL BAUDOUIN.

MOTY. Ostéomyélite du maxillaire inférieur (*Bull. Soc. chir., XXIII, p. 376*).

Abcès survenu il y a un an à la suite de la carie d'une grosse molaire inférieure et ouvert à cette époque au niveau de la région parotidienne supérieure. Quelques mois après, deuxième incision à l'angle de la mâchoire. Les deux incisions restent fistuleuses. Actuellement, le maxillaire est gros, il existe de la contracture des mâchoires. Dans une première intervention on ne trouve pas de ligne de démarcation entre l'os sain et l'os malade ; on temporise. Deux autres interventions furent faites sans plus de succès ; dans l'une d'elles on ouvrit largement le canal dentaire. Dans une quatrième on enleva une grande partie de la branche montante du maxillaire. Le malade est actuellement en bonne voie de guérison.

Sur la pièce enlevée on voit qu'il existe une dénudation de l'os entre l'épine de Spix et la cavité sigmoïde, que le canal dentaire est atteint d'ostéite, tandis que l'os est tout à fait normal entre la dent malade et l'angle de la mâchoire.

Ceci vient à l'appui de l'opinion de l'auteur sur le rôle du canal dentaire inférieur dans l'évolution des phlegmons rétro-maxillaires consécutifs aux caries dentaires inférieures. J. VANVERTS.

Von HIPPEL. Die Operation der Ranula (De l'opération de la grenouillette) (*Arch. f. klin. Chir., LX, 4, p. 893*).

L'auteur décrit un procédé qu'il a expérimenté avec succès sur 8 malades. Par une incision parallèle au bord inférieur du maxillaire, de 5 à 6 cent. de longueur, il arrive sur la poche de la grenouillette, recouverte par la glande sublinguale. La poche est isolée, en sectionnant l'artère et la veine sublinguales, mais en respectant le nerf, et en le réclinant vers le bord externe de la plaie. Le kyste ainsi disséqué, on résèque ordinairement une partie de la muqueuse buccale. La poche extirpée, on introduit, dans la plaie opératoire, de la gaze iodoformée, et on suture l'incision en ménageant l'espace nécessaire pour le passage de la lanière de gaze, qu'on enlève au bout de 3 ou 4 jours. On la remplace par une mèche plus courte, jusqu'à ce que la plaie de la muqueuse buccale soit guérie.

Le drainage est inutile, si le kyste se décolle sans lésion de la muqueuse. (Voy. *R. S. M.*, LI, 206.) M. BAUDOUIN.

Max BOCKHORN. Ein Fall von Tubërculose der Parotis (*Arch. f. klin. Chir., LVI, p. 189-201*).

L'auteur rapporte l'observation d'une femme de 39 ans ayant depuis 5 mois une tumeur de la région parotidienne, qui fut incisée. Il en sortit un liquide séreux avec grumeaux caséeux. La plaie se cicatrisant difficilement, on procéda pendant 3 semaines à un curetage du foyer. La malade guérit.

On constata à l'examen microscopique que ces lésions étaient d'origine tuberculeuse. Il est probable qu'elles provenaient d'une stomatite.

Il n'existe dans la littérature médicale qu'un seul cas de tuberculose localisée à la parotide, celui de Stubenrauch. MARCEL BAUDOUIN.

POUSSON. De la mastopexie (*Bull. Soc. chir., XXIII, p. 507*).

L'auteur rapporte l'observation d'une malade jeune dont les mamelles hypertrophiées reposaient sur la face interne des cuisses et étaient le siège de vives douleurs. Il pratiqua à la partie supérieure et antérieure de chaque mamelle deux incisions en croissant et enleva une tranche de la largeur de la main, comprenant la peau et la graisse jusqu'à l'aponévrose du grand pectoral. Il fixa alors la circonférence supérieure de la mamelle à la partie la plus élevée de l'aponévrose du grand pectoral et termina par une suture intra-dermique des téguments. Le résultat fut médiocre au point de vue esthétique, mais les douleurs disparurent complètement. J. VANVERTS.

ROCHET et MARTEL. 3 cas d'actinomycose cervico-faciale (*Gaz. méd. de Paris, 1er janv. 1898*).

R. et M. attirent l'attention sur un type encore peu étudié d'actinomycose ; la forme hyperostosante qui limite ses effets à une réaction périostique agissant sur l'os à la façon d'une irritation chronique pour aboutir à l'hyperostose diffuse ou à la production d'ostéophytes. Cette propriété hyperostosante a été jusqu'ici à peu près refusée à l'actino-

mycose dont l'action est en effet plutôt destructive ou ulcérative et substitutive et atropiante dans ses formes néoplasiques. L'observation est relative à un homme de 31 ans de la clinique chirurgicale de Ollier (de Lyon) avec lésion de la moitié gauche du maxillaire inférieur.

CART.

HADRA et R. OESTREICH. Operative Heilung eines Falles von Morbus Addisonii durch Exstirpation einer tuberculösen Nebenniere (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 1*, *p. 14*, *4 janv. 1897*).

Femme de 55 ans, cachectique, tuberculeuse. Au niveau de la région gastrique, sur la ligne médiane, tumeur de la grosseur d'une petite pomme, mobile, dure, un peu bosselée, sensible à la pression qui réveille les douleurs gastro-lombaires ; cette tumeur est placée au côté gauche du rachis et disparaît quand on insuffle l'estomac. Anorexie, dilatation gastrique modérée, état normal des fonctions chimiques et mécaniques de l'estomac. Aucune teinte bronzée des téguments. H. diagnostique une tumeur ganglionnaire rétropéritonéale et fait la laparotomie le 20 octobre. La tumeur, mise à découvert à travers le petit épiploon, présente une capsule fibreuse ; elle est en partie blanche, en partie jaune brunâtre par transparence et bossuée inférieurement ; elle repose sur le côté gauche de l'aorte et est tellement pulsatile que H. pratique 3 ponctions exploratrices avant d'être certain qu'il ne s'agissait pas d'un anévrisme cœliaque. Pour énucléer la tumeur de son enveloppe avec les instruments mousses, il fallut dénuder l'aorte sur une longueur de 8 centimètres et lier un vaisseau venant de l'aorte et formant un pédicule à la tumeur. Guérison sans incidents. La tumeur était constituée par la capsule surrénale gauche atteinte de tuberculose caséeuse vérifiée sous le microscope. Depuis l'opération, la malade a regagné 9 kilogr. de son poids, ne souffre plus du tout et digère parfaitement. J. B.

Ad. RIVET. De la contusion des carotides (*Semaine méd.*,*9 mars 1898*).

Homme pris entre la roue d'un wagon et le rail, au niveau du cou et de la partie supérieur du thorax. Pas de perte de connaissance.

On constate une fracture de la clavicule, des quatre premières côtes, un vaste épanchement sanguin vers la clavicule et une ecchymose remontant le long du cou. En s'étendant, le malade est pris d'hémiplégie droite avec aphasie, le pouls radial devient filiforme et il y a des menaces de syncope. Il n'existe cependant aucune lésion du crâne ; mais on constate l'absence complète de battements dans la carotide, la faciale et la temporale gauche. On pense à une thrombose. Mort le lendemain. A l'autopsie, on trouve, dans la carotide primitive, au point correspondant à l'ecchymose du cou, une sorte de valvule produite par la rupture des tuniques interne et moyenne. Pas de traces de thrombose ou d'embolie cérébrale.

R. rapproche son obs. du travail de Verneuil sur ce sujet. (*Acad. de méd.* 1872.) A. C.

R. Lawford KNAGGS. Fracture du crâne et hernie du cerveau (*Brit. med. Journ.*, *I*, *p. 974*, *1897*).

Homme opéré le 11 septembre 1894 pour une fracture comminutive du pariétal gauche, avec enfoncement et blessure des méninges et du cerveau. La

plaie suppura. Cependant la guérison fut rapidement obtenue et le blessé sortait de l'hôpital le 28 novembre. Il y rentra en février pour des troubles cérébraux et une tuméfaction qui faisait saillie sous la cicatrice du cuir chevelu. Le 24 février, l'état du malade étant très mauvais, on incisa les parties molles superficielles et on évacua une trentaine de grammes de pus. Ensuite apparurent une hernie du cerveau et de la parésie des membres supérieur et inférieur du côté droit. En quinze jours la portion du cerveau herniée avait acquis le volume d'un œuf de poule; elle resta stationnaire pendant trois semaines, puis se réduisit progressivement et avait complètement disparu le 7 juillet. Le malade quitta l'hôpital le 3 août, ne présentant qu'un peu de faiblesse dans l'avant-bras et quelque difficulté de la parole. Un an après, son état était le même; tous les huit jours se produisait une attaque convulsive.

L'auteur, discutant ce cas et s'appuyant sur l'examen de 109 observations, considère que différentes causes peuvent donner naissance à une hernie du cerveau : 1° une augmentation de la tension intracrânienne. 2° un ramollissement de la substance cérébrale; 3° l'inflammation du cerveau. Dans ce dernier cas on peut voir disparaître la hernie qui, dans ces circonstances succède à un traumatisme, si on parvient à éviter ou supprimer l'infection; mais il faut plusieurs mois pour que la réduction de la hernie se produise. La hernie peut être compliquée de méningite, d'encéphalite diffuse et d'abcès cérébral, qui seul n'est pas d'un pronostic fatal.

Pour éviter la production d'une hernie du cerveau, on aura recours à l'asepsie et on traitera avec soin les fractures du crâne avec enfoncement. Quand elle se sera produite, on devra en général s'abstenir de toute intervention. On n'opérera que dans les cas d'abcès et dans les cas, extrêmement rares, où la radiographie aura permis de découvrir l'existence de fragments enfoncés dans le cerveau.

D'après l'auteur, la cause de la rareté actuelle des hernies du cerveau est qu'on traite soigneusement et aseptiquement les fractures du crâne.

J. VANVERTS.

Pearce GOULD. Trephining for symptoms of cerebral tumour (*The Lancet*, *p. 227*, *22 janv. 1898*).

P. Gould présente un homme de 41 ans, robuste, n'ayant subi aucun traumatisme de la tête, et qui fut pris de migraine, d'aphasie, de contraction spasmodique de la face et de paralysie du côté droit de la langue. Comme son état empirait, on le trépana, pensant qu'il s'agissait d'une tumeur du lobe frontal. La dure-mère bomba, sans présenter de battements; le cerveau paraissait tout à fait normal et il n'existait point d'excès de liquide céphalo rachidien: néammoins, l'état du malade s'améliora et la surface du cerveau au lieu de présenter une tendance à la hernie devint concave au bout de quelques jours. Puis l'opéré reprit ses occupations, en bonne santé, à l'exception de quelques crises épileptiformes.

Sidney Phillips cite le cas d'un homme qui avait reçu un traumatisme de la tête 14 ans auparavant. Depuis six mois il souffrait de céphalalgie et de vomissements : il n'y avait point de névrite optique : le pouls était lent et, avant l'opération battait 18 fois par minute. Sur un point du crâne qui semblait douloureux, on appliqua une couronne du trépan. On ne trouva rien, si ce n'est un léger épaississement de l'os, et le malade guérit complètement. Aussitôt après l'ablation de la rondelle osseuse, le pouls s'éleva à 60, et il battait 67 à la minute quand l'opéré quitta l'hôpital. P. MAUBRAC.

Carl SCHLATTER. Œsophagoenterostomy after total extirpation of the stomach (*The Lancet, p. 141, 15 janv. 1898*).

Il s'agit d'une femme de 56 ans, qui depuis son enfance a toujours souffert de l'estomac : depuis mai 1897, chaque jour elle a vomi de la bile, des matières alimentaires, mais jamais de sang. Le 26 août 1897, elle entre à l'hôpital, extrêmement amaigrie et vomissant toute boisson. On trouve dans la région épigastrique une tumeur dure, ovale, grosse comme les deux poings, et très mobile.

Le 6 Septembre S. pratique une incision de l'extrémité sternale à l'ombilic: l'estomac, depuis le pylore jusque et y compris le cardia, est converti en une tumeur dure et très mobile. L'estomac est isolé sur sa grande et sur sa petite courbure. L'estomac est séparé de l'œsophage juste au point de jonction : le pylore est traité de même. Après avoir essayé, sans succès, d'unir bout à bout l'œsophage et le duodénum, le duodénum est fermé par une double suture et on anastomose l'œsophage avec le jéjunum, à 30 centimètres environ du duodénum. Les suites immédiates de l'opération furent excellentes : Le 7 septembre, on donne un lavement nutritif, et dès le 9 septembre on commenca l'alimentation par la bouche : des incidents multiples, douleurs, vomissements, etc., n'entravèrent point la convalescence : l'état général s'améliora beaucoup, et le 20 novembre, le malade avait gagné 5 kilos : Le 31 décembre 1897, la guérison se maintenait complète, sans récidive, l'opérée ayant repris son travail.

L'estomac enlevé mesurait 0m,28 sur sa grande courbure et 0m,20 sur sa petie courbure. Le diamètre interne était à ce point réduit qu'on pouvait à peine y introduire le petit doigt. L'examen histologique des extrémités de l'organe enlevé, montra qu'on avait du côté de l'œsophage et du côté du duodénum, dépassé les limites de l'estomac.

La tumeur était un « carcinome glandulaire alvéolaire à petites cellules ».

P. MAUBRAC.

W. MOORE. A case of rupture of the liver (foie) (*The Lancet, p. 722, 18 sept. 1897*).

Un garçon de 11 ans reçoit un coup de pied de cheval sur la partie inférieure du thorax, du côté droit. Il tombe aussitôt en collapsus, se plaignant d'une vive douleur dans le côté droit. Quelques heures après, l'abdomen devint très distendu, et cet état persista 5 jours durant lesquels on ne nota aucun autre symptôme. Puis survinrent des vomissements striés de sang, les selles, normales jusqu'à ce jour, ne purent plus être obtenues même à l'aide de lavements et de purgations : le blessé entra alors à l'hôpital : sa température était 37° 5, son pouls à 110. L'abdomen n'était plus distendu, mais la matité hépatique était augmentée. Le 9e jour on notait une tuméfaction arrondie au-dessous des côtes, et juste à droite de la ligne médiane; la matité du foie avait encore augmenté d'étendue et on constatait avec de la dyspnée, un épanchement pleural droit. On fait le 11e jour une ponction dans le 6e espace intercostal, et on retire 720 grammes de liquide verdâtre contenant de la bile, les troubles respiratoires s'amendèrent, mais l'état général restant mauvais, on fait le 14e jour une incision de la paroi abdominale, à travers le muscle droit de l'abdomen. Le péritoine pariétal est épaissi, et après son incision, on tombe dans une cavité profonde de 0m,16, pleine de sang et de bile, limitée en bas par la surface convexe du foie, et isolée de la cavité péritonéale par des adhérences du foie à la paroi abdominale antérieure. Cette cavité est drainée

avec de la gaze iodoformée. Après une amélioration légère, le patient présenta une tuméfaction fluctuante au niveau de l'épigastre: le 20e jour, on introduit une canule dans cette tumeur, et on retire de la bile noirâtre: l'ouverture de la ponction est élargie, et on évacue au dehors plus de deux litres de liquide. L'amélioration fut alors rapide, l'écoulement par les tubes à drainage, qu'on avait laissés en place après l'opération, se tarit bientôt et l'enfant quitta l'hôpital guéri, un mois et demi environ après l'accident.

Les signes constatés sur le malade soit durant l'examen, soit durant les opérations établissent qu'il y eut à la suite du coup pied de cheval une rupture du foie, cette rupture guérit rapidement au moins au niveau de la surface convexe du foie, mais une cavité fut laissée dans la substance de l'organe dans laquelle la bile et le sang épanché déterminèrent la formation d'un abcès; d'autre part une partie de la bile épanchée par la déchirure, au niveau de la surface du foie, pénétra à travers le diaphragme dans la cavité pleurale et y détermina une pleurésie avec épanchement: trois collections liquides indépendantes se formèrent, l'une dans la plèvre droite, une seconde entre le diaphragme et la face convexe du foie, et une troisième dans l'épaisseur du foie. P. MAUBRAC.

Walter SPENCER. A case of rupture of the common bile duct (*The Lancet, p. 100, 8 janv. 1898*).

Un garçon de 5 ans est renversé par un cab dont la roue lui passe sur la partie inférieure du thorax et la partie supérieure de l'abdomen. Il est porté à l'hôpital, en collapsus, pâle, avec un pouls fréquent et une température de 35°, la 9e côte est séparée de son cartilage : la respiration est irrégulière, superficielle : quelques râles crépitants à la base du poumon droit. Les matités hépatique et splénique sont normales : point de sensibilité exagérée de l'abdomen. Miction normale : l'urine ne contient ni sucre, ni sang. Quelques vomissements. Le collapsus disparut progressivement, et l'état s'améliora. Le 3e jour, des vomissements reparaissent, puis on constate un léger ictère, de la distension de l'abdomen, de l'agitation, les phénomènes s'aggravent jusqu'au 8e jour. Vers le 11e jour, l'enfant pouvait se nourrir avec du poisson, des œufs, du lait, etc., mais malgré cela il avait considérablement maigri: l'ictère était plus marqué, les selles décolorées, l'urine bilieuse. Pour calmer sa douleur, l'enfant gardait la position genu pectorale. Le 13e jour agitation, douleur vive à la partie supérieure de l'abdomen qui est distendu et contient du liquide : température à 36° 8, pouls à 128. Après anesthésie, on pratique la laparotomie, on retire 850 grammes de liquide épais semblable à de la bile, l'exploration digitale indiqua que la vésicule biliaire était modérément distendue : drainage, pansement. L'ictère diminua les jours suivants, mais les selles restèrent décolorées et l'urine bilieuse; l'amaigrissement s'accentua encore. Le 18e jour, on trouva une tuméfaction fluctuante limitée au 1/3 supérieur de l'abdomen, dont l'incision donna issue à de la bile en assez grande quantité. Ce liquide était contenu dans une cavité formée par la face inférieure du foie, le diaphragme, l'estomac, le petit épiploon et des adhérences à la partie inférieure ; un drain fut laissé à demeure, qui donna jusqu'à la mort un écoulement assez abondant de bile. L'ictère diminua, mais l'émaciation s'accentua encore, et le 33e jour l'enfant mourut.

Le canal cholédoque était arraché juste à son entrée dans le duodénum.

L'émaciation extrême était probablement en relation, en partie au moins, avec l'épanchement hors de la cavité intestinale, de la sécrétion pancréatique.

P. MAUBRAC.

W. KEEN. Removal of an angioma of the liver (foie) by elastic constriction external to the abdominal cavity (*Pensylvania med. Journ., oct. 1897*).

W. K. rapporte l'observation d'une femme de 53 ans, dont la santé est allée déclinant depuis cinq ans. En janvier 1894, elle remarqua une tumeur au « creux de l'estomac », qui plus tard devint douloureuse ; en même temps se produisaient des nausées et des vomissements. On trouvait une tumeur à droite de la ligne médiane, superficielle, au point qu'on crut à une tumeur de la paroi abdominale.

On fit une incision allant du rebord costal à l'ombilic, et on découvrit une tumeur du bord inférieur du foie, immédiatement à gauche de l'insertion du ligament rond. La tumeur, qui paraissait être un angiome, mesurait 7 centimètres et demi dans le sens transversal et s'étendait en arrière, dans l'épaisseur du foie, jusqu'à 7 centimètres environ. On pratiqua une incision dans la substance du foie entourant la tumeur, et on constitua ainsi un pédicule autour duquel on enroula une ligature élastique. Puis la tumeur fut amenée hors de la cavité abdominale et entourée de gaze iodoformée. Au bout de 48 heures, la tumeur avait sensiblement diminué de volume, et le sixième jour la ligature élastique fut enlevée ; le petit pédicule qui persistait fut alors divisé à l'aide de ciseaux sans aucune perte de sang. La guérison se fit complète, sans aucun incident. P. MAUBRAC.

SOCIN. Fall von Leberstichverletzung (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, n° 14, p. 429, 15 juill. 1897*).

Jeune homme de 18 ans ayant reçu un coup de couteau dans le ventre.

Transporté immédiatement à l'hôpital, il offre tous les signes d'une anémie aiguë. Agrandissement de la plaie, sous l'éther ; blessure du foie saignant abondamment ; deuxième incision, perpendiculaire à la première sur la ligne blanche. Application de 4 points de catgut profonds sur chacune des faces antérieure et postérieure du lobe gauche qui est transpercé de part en part. L'hémorragie cesse. Extraction de nombreux caillots volumineux ; enveloppement du lobe hépatique gauche dans de la gaze iodoformée. Suture des parois abdominales.

Au bout de 2 jours, enlèvement de la compresse iodoformée qui est demeurée sèche, fermeture complète de la plaie abdominale.

Ultérieurement, le blessé eut encore une péritonite sérofibrineuse partielle avec un peu de fièvre, des vomissements opiniâtres, de grandes quantités de fluide bilieux et une évacuation involontaire, par l'anus, de mucosités teintes de bile. Guérison au bout de 5 semaines.

Socin est disposé à admettre que, pendant la digestion, le sang hépatique peut acquérir des propriétés infectieuses, qui rendent plus dangereux son épanchement dans la cavité abdominale que celui de la bile. Aussi est-il d'avis que, dès qu'on soupçonne une hémorragie du foie, la laparotomie immédiate est indiquée d'urgence. J. B.

H. THOMPSON. Beiträge zum Milzechinococcus (Échinocoque de la rate) (*Deut. Zeitschr. f. Chir., XLV, 1 et 2, p. 1*).

Dans le premier cas, il s'agit d'une extirpation totale de la rate faite par Donat (Odessa), sur une femme âgée de 35 ans. Cette malade avait une

tumeur abdominale du côté gauche qui, s'étendant jusqu'au bassin, présentait des bosselures très nettes. On a diagnostiqué sans hésitation une tumeur de la rate qui a été attribuée à l'hypertrophie malarique ou à un néoplasme d'origine sarcomateuse. La malade avait de la faiblesse, de la dyspnée et de vives douleurs à gauche. Pendant l'opération, on se heurta à des difficultés pour dégager le côté postérieur de la tumeur ; car la paroi de la tumeur était très molle et s'était déchirée en laissant échapper un liquide abondant d'un kyste d'échinocoques. Néanmoins, le liquide n'a pas pénétré dans la cavité péritonéale et la fin de l'opération eut lieu sans aucune difficulté. On fit la ligature et la section du pédicule de la rate. La malade, étant sortie de l'hôpital, eut chez elle une pleurésie sérofibrineuse du côté gauche, dont elle guérit.

Dans le 2e cas, il s'agit d'une opération faite par l'auteur sur une dame âgée de 36 ans. La tumeur datait de plus d'une année et causait des douleurs assez vives. Son siège était au niveau de la région splénique ; elle était grosse comme une tête d'enfant, très mobile, lisse et assez résistante. On a pensé tout d'abord à un rein flottant. En faisant la laparotomie au niveau du bord du muscle droit, on est arrivé à dégager assez facilement la tumeur de ses adhérences avec les intestins. Par une incision de la tumeur on l'avait vidé du liquide contenant des échinocoques (1 vésicule mère et 2 vésicules filles). On extirpa la vésicule mère, réséqua une grande partie de la paroi du sac dont le reste fut suturé à la plaie abdominale. Guérison complète.

MARCEL BAUDOUIN.

SONNENBURG. Beiträge zur Differentialdiagnose der Entzündungen und Tumoren der Iliocoecalgegend (*Berlin. klin. Woch., n° 37, p. 810, 13 sept. 1897*).

Même en dehors des cas où l'appendice iléo-cœcal n'occupe pas son emplacement normal, le diagnostic différentiel de ses affections n'est pas toujours facile. Dans la règle, l'épanchement pérityphlitique est immobile, de sorte qu'on peut l'exclure en face d'une tumeur mobile, mais l'inverse n'est pas vrai, car une tumeur cancéreuse peut être fixée par des adhérences et simuler un vieil abcès appendiculaire entouré de fausses membranes épaisses. On a alors deux autres caractères spéciaux au cancer : les symptômes de rétrécissement de l'intestin et l'absence de distension de celui-ci quand on y insuffle de l'air.

La tuberculose iléo-cœcale peut, comme le cancer, faire croire à un vieux foyer de pérityphlite. Tandis que l'appendicite tuberculeuse n'est généralement qu'un épiphénomène de la tuberculose généralisée ne donnant lieu qu'à peu de symptômes, lorsque la tuberculose s'étend de l'appendice au cœcum et à l'iléon, elle peut provoquer, au début, des attaques tout à fait semblables à celles de la pérityphlite. Sonnenburg relate, à ce propos, le cas d'un garçon de 14 ans.

L'insufflation d'air dans l'intestin peut également faciliter le diagnostic d'autres tumeurs de la région iléo cœcale. Femme de 45 ans, ayant eu en septembre 1895 et janvier suivant, deux attaques fébriles avec douleurs du côté droit de l'abdomen durant quelques jours ; de même en juin et juillet 1896. Cette dernière attaque s'accompagne de vomissements ; dans les intervalles, santé parfaite d'abord, puis fièvre hectique, inappétence et amaigrissement considérable. Tumeur plus grosse que le poing, accolée à la fosse iliaque droite et sans rapport avec les organes génitaux. Ponction exploratrice négative. Le colon ascendant insufflé se

trouvait en dedans de la tumeur. Sonnenburg diagnostiqua, à la suite d'une 5e attaque semblable aux précédentes, un vieil abcès pérityphlitique et fit l'opération le 12 octobre. Il ne vit pas l'appendice et trouva un fibromyome enveloppé de fausses membranes épaisses et entouré de pus, qui adhérait au cœcum, sans qu'on pût dire sa provenance; cette tumeur n'offrait à son intérieur aucun vestige du canal.

L'étranglement partiel d'anses intestinales dans des diverticules péritonéaux de la région iléo cœcale est une autre cause d'erreur. De même encore certains abcès intra-musculaires des parois abdominales, ainsi que Sonnenburg en rapporte un exemple.

Dans le cas suivant, il s'agissait de calculs biliaires passés dans l'intestin. Femme obèse de 50 ans ayant eu antérieurement plusieurs attaques caractéristiques de pérityphlite. En dernier lieu, elle offrait, sans fièvre, de la rénitence dans la région iléo cœcale et des symptômes d'étranglement interne grave. On crut avoir affaire à une poussée aiguë dans un ancien abcès pérityphlitique. L'opération montra que l'appendice vermiforme était enflammé chroniquement; la rénitence perçue à travers les parois abdominales semblait avoir disparu, lorsqu'on découvrit à l'intérieur d'une anse intestinale, voisine de l'appendice, un gros calcul biliaire enclavé, la muqueuse intestinale du pourtour était déjà gangrenée et en lambeaux. La femme succomba quelques jours plus tard au milieu de nouveaux phénomènes d'étranglement interne. A son autopsie, on trouva un autre calcul enclavé dans le duodénum et un 3e dans le vésicule biliaire.

Mais ce sont surtout les affections des organes génitaux féminins qui peuvent être l'occasion de méprises. Si la pérityphlite est un peu plus commune dans le sexe masculin (60 0/0) que dans le féminin (40 0/0 des malades de Sonnenburg), S. pense qu'on peut l'expliquer peut-être parce que l'appendice chez la femme dispose d'une artère nourricière supplémentaire qui lui vient de l'ovaire droit dans un ligament péritonéal lequel offre en même temps une voie de transport des agents phlogogènes de l'un à l'autre de ces organes.

Il arrive plus souvent de prendre une pérityphlite pour une maladie des annexes utérines que de commettre l'erreur contraire, mais le cas véritablement embarrassant c'est la coexistence des deux affections. Sonnenburg a opéré 3 appendicites prises pour des phlegmons du ligament large, 2 suppurations d'origine génitale crues des appendicites; 6 fois il a observé l'existence simultanée d'affections de l'annexe et de l'appendice, 4 fois, dans le cours d'une appendicite ou après l'opération, il est survenu une maladie des annexes utérines, enfin 1 femme avait une grossesse tubaire en même temps qu'une appendicite. J. B.

P. MAUCLAIRE. Drainage périnéal ou abdomino-périnéal chez l'homme (*Soc. anat. Paris, p. 860, 3 déc. 1897*).

L'auteur propose un procédé, encore tout théorique, et qui consiste à effrondrer le cul-de-sac vésico-rectal, à passer entre le rectum et la prostate et à venir déboucher à la peau dans le périnée antérieur, en avant de l'anus, ou mieux en avant du sphincter externe.

La distance à parcourir, celle qui existe entre le périnée et le cul-de-sac péritonéal, est de 4 c. 1/2 à 7 centimètres, la vessie et le rectum étant vides. On fait tout d'abord une incision prérectale comme pour la taille périnéale : arrivé au niveau du bulbe, on suit la paroi antérieure du rectum en passant au-dessous de la prostate et des vésicules séminales : avec l'ongle de l'index de la main droite on accroche le cul-de-sac péritonéal que l'on ouvre assez aisément ; mais il est plus commode, le décollement prérectal étant poussé jusqu'à un centimètre au delà de la prostate, de faire une incision hypogastrique et avec les doigts de la main droite introduits dans le cul-de-sac recto-vésical aller à la rencontre des doigts de la main gauche introduite dans l'incision prérectale, et effondrer la cloison de séparation, en passant derrière l'aponévrose prostato-péritonéale. P. MAUBRAC.

J. Greig SMITH. Occlusion intestinale par le passage d'une anse intestinale dans un orifice mésentérique..... (*Brit. med. Journ., I, p. 1022, 1897*).

Garçon de 12 ans, délicat. Il y a trois semaines, apparition brusque d'une vive douleur dans la partie droite du ventre ; vomissements, qui continuèrent pendant quinze jours. Lavements purgatifs, T. 39°5. Au bout d'une quinzaine de jours une légère amélioration se produisit, et le malade put prendre quelque nourriture. Quelques jours après, à la suite de l'ingestion d'aliments solides, les troubles réapparurent avec des vomissements abondants et verdâtres.

Greig Smith le vit deux jours après (trois semaines après le début des premiers accidents). Le ventre était très ballonné, les anses intestinales étaient visibles à travers la paroi abdominale. Incision le long du bord externe du muscle droit à droite. On découvre aussitôt un volvulus dont la base se trouvait au niveau de l'angle iléo-cœcal ; les anses intestinales, tordues sur le mésentère comme axe plongeaient dans le bassin. On peut réduire facilement le volvulus. Malgré cette réduction, les anses qu'on venait de détordre restaient flasques et ne se remplissaient pas de gaz. On s'aperçut alors qu'il existait une bride fibreuse qui comprimait ces anses au niveau de la base de l'ancienne torsion. Ce n'était pas l'appendice qui était la cause de cette compression.

L'intestin s'était engagé dans un trou que présentait le mésentère. On réduisit cette hernie en exerçant les tractions sur l'intestin. Pendant l'opération s'écoula hors de l'abdomen de la sérosité sanguinolente qui semblait provenir de l'intestin étranglé ou du mésentère. L'enfant guérit simplement.

Smith pense que la pénétration de l'intestin dans l'orifice du mésentère a précédé la production du volvulus. D'après lui, l'épanchement de sérosité sanguinolente dans le ventre fut consécutif à la congestion intense des veines mésentériques à la suite de la torsion. J. VANVERTS.

OPHTALMOLOGIE.

HEIM. Die accommodativen Linsenverschiebungen im Auge..... (Mensuration subjective et objective des déplacements accommodatifs du cristallin) (*Graefe's Arch.*, *XLIV*, *2*).

Dans l'accommodation maxima, le cristallin se déplace de un quart de millimètre de sa position moyenne et suivant les lois de la pesanteur. Dans le premier cas, entre l'inclinaison de la tête à droite et l'inclinaison de la tête à gauche, l'espace total parcouru par le déplacement du cristallin est de un demi-millimètre dans l'œil normal et de un millimètre dans l'œil ésériné. Ces chiffres concordent avec ceux que Hess a trouvés en se basant sur des méthodes différentes. ROHMER.

HESS. Experimentelle Untersuchungen über die Nachbilder bewegter, leuchtender Punkte (Recherches expérimentales sur les images consécutives de points lumineux mobiles) (*Graefe's Arch.*, *XLIV*, *3*).

L'excitation rapide de l'œil donne des images consécutives aussi bien dans les régions à bâtonnets que dans celles qui en sont dépourvues; ces images consécutives sont indépendantes de l'adaptation de l'œil. La couleur de l'image consécutive positive, après une excitation rapide avec une lumière colorée, correspond en général à la couleur de la lumière excitatrice. La théorie de Knies est en partie confirmée, ainsi que celle de Kühne et Haab au sujet du pourpre rétinien. Knies a surtout montré que ce sont les cônes qui perçoivent la lumière blanche trichromatique, d'après la théorie de Young-Helmholtz, tandis que les bâtonnets perçoivent la lumière monochromatique; ces considérations sont prouvées par les observations de Hess. ROHMER.

SCHIRMER. Untersuchungen zur Pathologie der Pupillenweite und der centripetalen Pupillarfasern (Recherches sur la pathologie de la pupille et sur les fibres pupillaires centripètes) (*Graefe's Arch.*, *XLIV*, *2*).

Les fibres pupillaires sont, jusque dans la rétine, des organes distincts et indépendants des fibres visuelles; elles se terminent dans la couche interne de la rétine, probablement par les cellules pararéticulaires (Kallias) ou « amakrines » (Greeff). Si la plus grande partie de ces fibres se termine dans la macula ou son voisinage, beaucoup vont à la périphérie pour rendre possible le réflexe pupillaire et la dilation pupillaire moins grande que dans la section du nerf optique. Dans le nerf optique, les fibres pupillaires paraissent accompagner les fibres visuelles des mêmes régions. C'est le sphincter irien qui détermine le diamètre pupillaire normal. Les fibres pupillaires dans le nerf optique sont beaucoup plus résistantes à la compression mécanique que les fibres visuelles. Les processus inflammatoires diffus rétrobulbaires ou intrabulbaires les affectent de la même manière que les fibres visuelles. L'examen du diamètre pupil-

laire est un bon moyen de diagnostic entre la compression rétrobulbaire et l'inflammation rétrobulbaire. Les affections rétiniennes n'affectent les fibres pupillaires que lorsque les couches internes de la rétine sont atteintes dans une grande étendue. Les affections de la choroïde provoquant des altérations graves de la rétine atteignent seules les fibres pupillaires. Dans les amblyopies sans lésions (hystérique, congénitale ou strabique), la fonction des fibres pupillaires n'est pas atteinte. ROHMER.

PARINAUD. Relations fonctionnelles des deux yeux (*Ann. d'oculist., nov. 1897*).

Parinaud définit l'appareil de vision binoculaire comme tout appareil organique, composé d'une partie sensorielle, représentée par des connexions particulières des rétines avec les centres visuels, d'une partie motrice, représentée par la convergence et de liens qui unissent la partie sensorielle et la partie motrice, se traduisant par le réflexe rétinien de convergence. Il établit, de plus, que cet appareil de vision binoculaire est développé sur un autre appareil de vision avec les deux yeux : l'appareil de vision simultanée ; que les deux appareils, tout en étant intimement unis l'un à l'autre, conservent cependant leur individualité fonctionnelle, ainsi que leur individualité pathologique, ce qui est la meilleure preuve que les deux appareils ont un substratum anatomique commun. L'auteur recherche ensuite quelles sont les connexions nerveuses qui président à la vision monoculaire ou alternante ; enfin, connaissant les trois modalités fonctionnelles de l'appareil visuel, il cherche, dans une vue d'ensemble, à rendre compte de leur raison d'être, de leur rôle respectif. ROHMER.

DE WECKER. La proportion des cas guérissables dans le strabisme (*Ann. d'oculist., janv. 1898*).

Il y a strabisme, lorsque l'entrecroisement des lignes visuelles ne se fait pas, pendant la fixation, sur l'objet fixé ; partant, il y a guérison du strabisme, dès que cet entrecroisement a lieu pour la fixation, autrement dit lorsque la vision binoculaire se trouve rétablie, non par simple superposition, mais par fusionnement des images. Au point de vue du procédé opératoire, si l'on veut guérir, l'avancement musculaire doit avoir la préférence et la répartition sur les deux yeux est nettement indiquée. Veut-on simplement faire cesser l'aspect choquant de la déviation? La combinaison de l'avancement et du reculement sur l'œil à vision faible, ou même le simple reculement musculaire pratiqué sur cet œil resteront procédés de choix, et il faut faire le possible pour n'avoir pas à toucher au bon œil. Sur 67,622 malades vus en 10 ans, aussi bien dans sa clinique privée que dans sa clinique gratuite, l'auteur a rencontré 3,002 cas de strabisme, soit 4,50 0/0 : 1,330 ont guéri avec vision binoculaire, 1,672 n'ont pu obtenir la vision binoculaire ; dans la première catégorie, on compte 161 cas de strabismes périodiques myopiques, 479 périodiques hypermétropiques, 421 permanents (monolatéral) et 269 permanents alternants ; parmi les cas non guérissables, on trouve : 42 périodiques myopiques, 138 périodiques hypermétropiques, 1,492 permanents (monolatéral). ROHMER.

BOUCHERON. Sérothérapie dans le phlegmon du sac lacrymal (*Ann. d'oculist., déc. 1897*).

De son travail l'auteur conclut que dans les affections purulentes à streptocoques, l'arrêt du processus d'augment se manifeste seulement en général, 30 à 36 ou 40 heures après la première injection hypodermique de sérum antistreptococcique. La période de décroissance du processus se prolonge ensuite pendant plusieurs jours. Dans les affections aiguës à streptocoques dont le siège est profond ou inacessible à la vue, on ne s'attendra aux améliorations qu'après ces périodes de temps. En particulier, dans les suppurations oculaires, traumatiques ou postopératoires, ce temps nécessaire à l'action du sérum devra être pris en considération. Par conséquent, le traitement préventif par le sérum et les traitements locaux devront être utilisés concurremment avec la sérothérapie curative. La conclusion plus spéciale aux dacryocystites, c'est que la suppuration aiguë ou chronique du sac lacrymal pourra, quand elle est due aux streptocoques, être avantageusement traitée par la sérothérapie antistreptococcique. La résorption des exsudats mucopurulents, à streptocoques, du sac lacrymal, et des infiltrations purulentes récentes et peu étendues du tissu cellulaire autour du sac, peut être obtenue par la sérothérapie. La condition essentielle de ces résultats, c'est que le streptocoque, cause des accidents, soit sensible au sérum de Marmorek, et que ce streptocoque soit en culture pure ou au moins prépondérant dans l'association microbienne. ROHMER.

P. SILEX. Eigenartige Sehstörungen nach Blepharospasmus (Troubles particuliers de la vue, à la suite d'un blépharospasme) (*Arch. f. Psychiat., XXX, 1, p. 270*).

Les troubles en question s'observent habituellement chez des enfants de 2 à 4 ans, à l'aspect scrofuleux, qui ont contracté une kératite phlycténulaire avec blépharospasme réflexe. En raison de la ténacité insolite de l'affection, les enfants restent ainsi pendant des semaines et des mois sans pouvoir ouvrir les yeux. Quand ils peuvent le faire de nouveau, ils se comportent comme s'ils étaient aveugles.

L'auteur cite deux exemples de cette variété de trouble de la perception visuelle, consécutif au blépharospasme. Dans le premier cas, l'enfant percevait encore la lumière ; dans le second cas, l'amaurose était complète. Dans les deux cas, le retour à l'état normal s'est fait en l'espace de quelques semaines.

L'auteur s'est attaché à démontrer que ce trouble de la perception visuelle n'est pas imputable à la pression exercée sur le globe de l'œil par les paupières contracturées, ni à une altération des milieux réfringents et du fond de l'œil, ni à une altération de la voie optique. Il a écarté l'hypothèse d'une amblyopie réflexe, celle d'une amblyopie hystérique. Il n'admet pas non plus qu'on explique le trouble en question, en disant que les enfants ont désappris de voir, car nous n'apprenons pas à voir, nous voyons en naissant, quand nous ne sommes pas aveugles.

Le trouble en question ne cadre pas non plus avec la description qu'on a donné, de la cécité de l'âme et de la cécité corticale. En fin de compte,

l'auteur conclut que nous sommes dans l'impossibilité d'en donner une explication plausible dans l'état actuel de nos connaissances.

E. RICKLIN.

DUMMER. Zur Operation des Ektropium senile (*Klin. Monats. f. Aug., janv. 1898*).

Après estimation de la quantité de paupière à retrancher, on résèque au niveau de l'angle externe un triangle de peau équivalent à cette quantité; la base du triangle est dans le prolongement du bord palpébral. Ou fend ensuite la paupière à partir de l'angle externe, jusqu'au delà de la ligne médiane : dans le lambeau externe sont compris la peau et les cils, dans l'interne, le tarse; au milieu de la paupière, on excise un triangle équivalent aussi comprenant le tarse et l'orbiculaire; on suture de suite cette perte de substance avec des fils de catgut; enfin le bord externe du lambeau cutané est suturé après la lèvre externe du triangle primitif; de la sorte, on comble cette plaie; on termine en suturant le bord de la paupière, de façon à rattacher la peau au cartilage tarse.

ROHMER.

WALDHAUER. Zur Operation der Trichiasis höheren Grades (*Klin. Monats. f. Aug., nov. 1897*).

L'auteur relate sa propre observation : à la suite de conjonctivite infectieuse, il fut atteint de trichiasis de la paupière inférieure; malgré des interventions classiques répétées, l'affection ne céda qu'au procédé opératoire suivant : une incision partant de l'angle externe va en profondeur jusque sur le périoste du rebord orbitaire; on excise un lambeau de peau. Puis les fils sont passés dans le lambeau supérieur et dans le cartilage tarse, pour être fixés enfin au périoste disséqué; il faut surtout accentuer la suture au niveau du bord externe de la paupière. Le résultat s'est maintenu pendant plusieurs années. ROHMER.

HIRSCHFELD. Einige Bemerkungen über Lidplastik (Quelques remarques sur la plastique des paupières) (*Klin. Monats. f. Aug., déc. 1897*).

L'auteur indique un procédé opératoire destiné à refaire la paupière inférieure, en prenant le lambeau sur la paupière supérieure; la peau sera ainsi plus souple que lorsqu'elle est empruntée au nez, à la tempe ou à la joue. Pour savoir la quantité de peau que l'on peut prendre sur la paupière supérieure, celle-ci étant moyennement entr'ouverte, on saisit entre le pouce et l'index un pli cutané sur cette paupière et on commande au malade de fermer les yeux. Le lambeau supérieur est alors taillé sous forme de bande cutanée adhérente à l'une ou à ses deux extrémités; ses limites doivent dépasser un peu celles de la fente palpébrale. On la suture ensuite à la paupière inférieure. Au bout de quelques semaines, lorsque les adhérences sont solides, on peut sectionner les pédicules. ROHMER.

I. — WEEKS. The surgical treatment of trachoma (*J. Amer. med. Ass., 15 janv. 1898*).

II. — WURDEMANN. A comparaison of the value of local medical measures in the treatment of trachoma (*Ibid.*).

III. — CHEATHAM. The present status of jequirity in the treatment of trachoma (*Ibid.*).

IV. — HOTZ. The treatment of the malposition of the lid border in trachoma (*Ibid.*).

V. — BURNETT. Hints on the hygiene of trachoma and the influence of altitude and climate (*Ibid.*).

VI. — GIFFORD. Ten years' experience with the surgical treatment of trachoma (*Ibid.*).

VII. — ELLIS. Trachoma its relative infrequency in southern California (*Ibid.*).

VIII. — ZIEGLER. The surgery of trachoma (*Ibid.*).

I. — W., estimant l'anesthésie cocaïnique insuffisante, opère ses malades chloroformés ou éthérisés. Il pratique la scarification suivie de brossage, lavages et pansement avec les solutions de sublimé. Il insiste sur la nécessité de détruire les adhérences qui tendent à se former pendant 5 à 6 jours. La guérison se fait en 3 semaines. Dans certains cas, W. pratique la canthoplastie.

II. — L'inflammation chronique de la conjonctive qui, par infection secondaire ou par métamorphose, aboutit au trachome passe par les stades suivants : stade de la prolifération épithéliale, stade de la destruction superficielle, stade de la destruction totale de l'épithélium, stade de la destruction totale de tous les éléments muqueux, la conjonctive étant remplacée par du tissu connectif (xérose). D'après ces données anatomo-pathologiques, W. établit le traitement.

III. — C. préconise l'emploi de l'infusion faible de jequirity dans le traitement du trachome, sauf dans les cas aigus. Il n'a jamais vu son emploi être suivi d'ulcération de la cornée et n'a observé que quelques cas de xérosis dans lesquels il n'était même pas établi formellement que le jequirity fût la cause positive.

IV. – Traitement de l'entropion suivant le procédé de Schnabel, modifié relativement à la hauteur de l'incision que H. fait aussi loin que possible du bord libre de la paupière. Dans certains cas, H. fait une greffe de peau (de préférence à une membrane muqueuse) prise en arrière de l'oreille, l'incision pénétrant obliquement jusqu'au chorion.

V. — Le traitement du trachome devrait être avant tout hygiénique et prophylactique : isolement des malades, propreté, etc. Les climats d'altitude ne confèrent pas l'immunité.

VI. — Le traitement chirurgical, d'une indiscutable valeur, n'est nullement exempt de dangers. Dirigé par des mains inexpérimentées, il provoque l'envahissement des régions profondes des tissus conjonctivaux par le processus pathologique ; il est ainsi plus apte à causer l'ulcération de la cornée que le traitement par les applications médicales bien plus faciles à instituer. Pour G. le topique dont l'indication est la plus fréquente est le sulfate de cuivre.

VII. — Le titre indique suffisamment le fond de l'article.

VIII. — Pour Z. la lésion primordiale du trachome étant l'occlusion

partielle du canal lacrymal d'où procèdent l'épiphora, la régurgitation de sécrétions septiques, la perversion des sécrétions oculaires elles-mêmes, la macération de la cornée, etc., il s'ensuit que son premier acte opératoire dans le traitement de cette affection est la dilatation rapide du canal lacrymal suivie de la canthoplastie, second acte opératoire. Comme topique, il recommande le tanin et la glycérine. CART.

SANTOS FERNANDEZ. Injections sous-conjonctivales de permanganate de potasse dans le cul-de-sac contre le trachome (*Revue gén. d'opht.*, *oct. 1897*).

L'auteur fait au préalable une injection sous-conjonctivale de cocaïne à 1 0/0, qui, outre l'insensibilité, provoque un certain degré d'œdème favorisant l'introduction du permanganate dans toute l'étendue du cul-de-sac et de la conjonctive ; c'est ce chémosis qui reçoit l'injection de permanganate, laquelle, une fois répandue, produit une coloration. Le chémosis plus ou moins généralisé persiste pendant une semaine, pendant laquelle on lave l'œil tous les jours ; lorsque l'œdème a disparu, il ne reste aucune trace de l'intervention, et, en plus, on remarque une pâleur et une tendance prononcée des granulations à s'effacer définitivement. La solution de permanganate est de $0^{gr},50$ à 1 gramme pour cent. Il convient de ne pas employer les injections de permanganate dans la période aiguë des granulations qu'on doit combattre d'abord par les moyens ordinaires connus. Les cinq observations que l'auteur cite dans son travail ne sont pas faites pour entraîner la conviction au sujet du remède qu'il propose. ROHMER.

NOBBE. Ueber die Lipodermoïde der Conjonctiva (*Graefe's Arch.*, *XLIV*, *2*).

Les tumeurs dermoïdes conjonctivales du limbe présentent toujours une couche cutanée nette avec des papilles, des follicules pileux et des glandes sébacées ou même sudoripares ; tandis que celles du cul-de-sac ou de la caroncule lacrymale affectent souvent la forme de lipomes et la région correspondante de la conjonctive qui les recouvre est souvent dépourvue de caractères cutanés, d'après les auteurs. Nobbe, au contraire, dans 4 cas, a constaté au microscope, l'existence d'une couche cutanée ; il propose le nom de lipodermoïde pour désigner ces petites tumeurs qui doivent être rangées parmi les tumeurs tératoïdes. ROHMER.

VERREY. Lipome double symétrique des conjonctives (*Rev. méd. Suisse romande*, *p. 321*, *avril 1897*).

Homme de 52 ans qui vit apparaître il y a 8 ans des tumeurs siègeant des deux côtés sous la conjonctive et s'accroissant lentement vers la partie supérieure des deux bulbes oculaires. Le bas de ces tumeurs recouvertes par la conjonctive lisse et tendre se meut du côtée de la cornée qu'elle atteint. Le sommet se perd en arrière dans le tissu graisseux de l'orbite ; les côtés se confondent avec la conjonctive saine à la hauteur des droits internes et externes. On sent aussi de petits noyaux en bas et en dehors entre les droits inférieurs et externes. Deux opérations ont été faites déjà à deux ans d'intervalle ; les tumeurs actuelles sont donc une 3ᵉ récidive.

Ces tumeurs très rares sont considérées comme congénitales, elles se développent généralement vers l'âge de la puberté ; elles sont plus fréquentes chez les filles. J. B.

BAKER. Melanosarcome of the conjunctiva with report of a case (*Journ. Amer. med. Ass.*, *15 janv. 1898*).

Homme de 69 ans atteint d'un mélanosarcome occupant toute l'ouverture palpébrale. L'ablation s'en fit très aisément, la tumeur, contrairement à ce qui se passe généralement, ayant été trouvée pédiculée et très superficiellement attachée à la conjonctive; guérison rapide sans récidive locale, mais 3 ans après, le malade succombait à une énorme tumeur du foie, probablement un mélanosarcome métastatique. CART.

GINSBERG. Ueber seröse, epitheliale Bindehautcysten..... (Sur les kystes séreux et épithéliaux de la conjonctive et sur la néoformation de glandes dans le catarrhe conjonctival) (*Graefe's Arch.*, *XLIV*, *1*).

D'après ce que l'on sait sur la formation des kystes séreux de nature épithéliale de la conjonctive, on peut dire que l'implantation de corps étrangers renfermant des cellules épithéliales, telles que des cils, peut développer des kystes, dont le revêtement épithélial paraît dériver des cellules épithéliales implantées. Les kystes développés sans traumatisme paraissent provenir des glandes de Krause par rétention. Dans deux cas de ce genre, siégeant dans le cul-de-sac inférieur, Ginsberg a trouvé la paroi propre du kyste tapissée par un épithélium cubique ou cylindrique; comme il n'y a pas de glandes de Krause dans la partie interne du cul-de-sac inférieur où ces kystes s'étaient développés, il faut admettre qu'ils proviennent de dépressions néoformées ou pathologiques de la conjonctive. ROHMER.

LAGRANGE et MAZET. Du papillome de la conjonctive (*Ann. d'oculist.*, *janv. 1898*).

Un malade de 61 ans était porteur d'un œil volumineux, recouvert d'une masse charnue, rouge, paraissant donner lieu à une abondante sécrétion de muco-pus sanieux; ces végétations, aplaties par la pression des paupières, sont mobiles, adhérentes par un assez large pédicule ; la cornée est en grande partie envahie par le néoplasme et opacifiée dans le reste de son étendue, sauf en un léger point situé à la partie supéro-interne, qui paraît encore un peu transparente. Les végétations furent excisées et leur point d'implantation cautérisé au galvano-cautère; ces végétations récidivèrent et on proposa l'énucléation, qui ne put être pratiquée. A l'examen microscopique de la tumeur, on constata une hypertrophie manifeste des papilles de la conjonctive d'une part, et, d'autre part, l'excessif développement du revêtement épithélial. Par le premier caractère, l'affection mérite le nom de papillome; par le second, elle tient de l'épithélioma, et les auteurs en concluent que leur sujet était atteint d'une véritable tumeur maligne développée à la longue sur des productions papillaires bénignes dont il avait trop tardé à se faire débarrasser.

ROHMER.

MITVALSKY. Sur une inflammation tarso-conjonctivale chronique avec remarques sur des états connexes (*Ann. d'oculist., oct. 1897*).

Après avoir passé en revue les maladies tarso-conjonctivales de différentes origines, l'auteur arrive à cette conclusion que ni le tableau clinique du cas qu'il a observé, ni son image anatomique ne correspondent à aucune des maladies mentionnées. Il ne reste donc plus qu'à admettre une maladie idiopathique, tarso-conjonctivale chronique, inconnue jusqu'à présent, d'ordre hyperplasique, qui peut rester limitée à une seule paupière, qui forme des tubes épithéliaux glandifores traversant toute l'épaisseur du tarse jusqu'aux glandes méibomiennes atrophiées et qui finit par atrophier ces glandes, par cicatriser le tarse et sa conjonctive en produisant une cicatrice réticulaire d'un dessin régulier, n'occupant que la plaque tarsale. Cette maladie chronique se présente sous l'aspect d'aspérités tarso-conjonctivales, qui ne sont guéries qu'après l'extirpation totale du tarse. ROHMER.

UHTHOFF et AXENFELD. Weitere Beiträge zur Bakteriologie der Keratitis des Menschen, ins besondere das eitrigen (*Graefe's Arch., XLIV, 1*).

De l'examen d'un grand nombre de kératites suppurées, il ressort que dans l'ulcère serpigineux on trouve presque constamment le pneumocoque, mais on peut aussi rencontrer ce microorganisme dans la kératite à hypopion atypique, mais associé souvent à d'autres microbes. La présence des pneumocoques en grand nombre dans le foyer ulcératif doit inciter à une intervention thérapeutique énergique; on aura, de préférence, recours au galvano-cautère. Il ressort aussi de ces nouvelles observations l'extrême rareté de l'ulcère serpigineux chez les enfants. Lorsqu'il y a concomitance d'ulcère serpigineux avec une affection lacrymale renfermant des microbes pathogènes, on a pu constater que les pneumocoques ont la propriété d'empêcher jusqu'à un certain point le développement d'autres organismes à côté d'eux. La kératomycose aspergillaire est rare. Dans trois cas de kératomalacie à évolution rapide survenant chez des athrepsiques, on a pu constater la présence du streptocoque. Par contre, dans les faits de kératite superficielle scrofuleuse, de kératite dendritique, d'ulcus rodens, de kératite panneuse, de kératite parenchymateuse, de kératite liée au catarrhe printanier, l'examen bactériologique n'a pas révélé la présence d'autres microorganismes que ceux qui peuvent normalement exister dans le sac conjonctival. ROHMER.

DRANSART. Observations de kératite pseudo-membraneuse primitive chronique et sans propagation (*Progrès méd., 10 janv. 1898*).

Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme qui présentait au centre de la cornée gauche une tache d'un blanc mat; l'exsudat enlevé contenait des bacilles de Lœffler et des pneumocoques ; ces poussées de kératite pseudo-membraneuse s'étaient produites déjà 5 à 6 fois et duraient 3 à 4 semaines.

Dans le second cas, une femme de 40 ans avait depuis deux ans sur la

cornée des poussées inflammatoires très douloureuses s'accompagnant de la production de taches blanches; celles-ci purent être facilement enlevées, et, pendant 18 mois, il n'y eut pas de nouvelles poussées. H. LEROUX.

ZIMMERMANN. Bemerkungen zu dem vom Schultze mitgetheilten Fall von tuberkulöser Iritis und Keratitis parenchymatosa (*Graefe's Arch.*, *XLIV*, *2*).

Schultze admet que, dans la kératite parenchymateuse, la lésion cornéenne a pour point de départ une altération de la chambre antérieure et non des lésions vasculaires. Dans les affections constitutionnelles comme la syphilis ou la tuberculose, il se produirait, par suite de la présence de toxines dans l'humeur aqueuse, un trouble de nutrition de l'endothélium cornéen et de la membrane de Descemet; l'humeur aqueuse altérée pénétrerait dans la cornée et provoquerait des troubles parenchymateux. Zimmermann admet que dans la kératite parenchymateuse le trouble de nutrition de la cornée est la conséquence d'une altération vasculaire primitive.

C'est ainsi que dans un cas de kératite interstitielle tuberculeuse on a trouvé dans le tissu épiscléral des granulations renfermant quelques cellules épithélioïdes et de rares cellules géantes. On put constater aussi deux bacilles tuberculeux au voisinage d'une grande cellule géante.

ROHMER.

ROHMER. De la suture conjonctivale en bourse contre les solutions de continuité de la cornée (*Ann. d'oculist.*, *nov. 1897*).

La suture conjonctivale est indiquée dans les plaies récentes de la cornée, soit simples, soit surtout compliquées de hernie de l'iris irréductible, et cela, après résection de la membrane irienne ; elle trouvera encore son application dans les synéchies anciennes affleurant la surface cornéenne, et qu'on aura eu soin d'aviver avant la transplantation conjonctivale ; dans les staphylomes cornéens ou scléro-cornéens limités ; dans les ulcères cornéens compliqués de hernie de l'iris ; dans les fistules cornéennes, et même dans les irido-cyclites à répétition provenant d'une infection par une cicatrice, enfin dans les retards de cicatrisation après l'opération de la cataracte, ou encore les hernies de l'iris qui compliquent souvent l'extraction à grand lambeau sans iridectomie.

Le procédé à lambeaux conjonctivaux de Meyer paraît peu pratique et assez incertain dans ses résultats ; le mieux est de recourir toujours à la suture en bourse telle qu'elle a été préconisée par de Wecker; c'est une excellente opération, facile à pratiquer, et qui rendra les meilleurs services dans les cas que nous venons d'énumérer. R.

SNELLEN. Die Behandlung des Keratoconus (*Graefe's Arch.*, *XLIV*, *1*).

Les opérations dirigées contre cette affection n'ont donné que des résultats incertains; l'auteur recommande cependant le bandeau compressif pendant la nuit, aidé des myotiques qui diminuent la tension oculaire. Les verres, la plupart du temps, n'améliorent pas la vision. Les verres hyper-

boliques n'améliorent que dans une direction; la fente sténopéique, très utile, diminue le champ visuel et l'éclairage. Aussi, Snellen a-t-il fait construire des lunettes sténopéiques, dont la fente commence au centre du diaphragme et se dirige horizontalement à droite jusqu'à la monture; la partie centrale se rétrécit de telle sorte que la partie la plus étroite de la fente correspond au centre du diaphragme; chez une malade dont l'acuité visuelle ne dépassait pas 2/60, celle-ci a pu être relevée jusqu'à lire le n° 1,5 de l'échelle de Snellen. Hensen avait déjà construit, pour un musicien, des lunettes sténopéiques dont la fente était disposée verticalement; la partie centrale était élargie et les parties périphériques se terminaient en pointe. ROHMER.

STEINHEIM. Zur Kenntniss der Angeborenen Staphylomen der Hornhaut (Contribution à l'étude des staphilomes congénitaux cornéens) (*Centr. f. prakt. Aug.*, *déc. 1897*).

L'auteur rapporte plusieurs cas qu'il a eu occasion d'observer. Par analogie avec ce qui se passe dans le staphylome acquis, où il s'agit généralement d'une ulcération ou d'une nécrose cornéenne avec enclavement de l'iris, il pense qu'il doit s'agir dans les cas congénitaux d'une infection intra-utérine dont la porte d'entrée est encore à établir; c'est dans le liquide amniotique qu'il faut chercher les éléments infectieux qui peuvent être causes de ce genre de lésion. ROHMER.

FRÖLICH. Zur Technik der Tätowirung (Tatouage) (*Klin. Monats. f. Aug.*, *sept. 1897*).

L'auteur a modifié le procédé classique de la façon suivante: Avec le trépan de von Hippel, il délimite une zone de cornée de 3 ou 5 millimètres de large; les bords se rétractent immédiatement, laissant le leucome bien isolé. Avec une petite curette, il gratte la couche épithéliale, ce qui est rendu facile par l'action de la cocaïne qui ramollit la couche superficielle de la cornée; puis, on scarifie la partie grattée avec un couteau de Graefe. S'il y a un peu d'hémorragie, on l'arrête avec un filet d'eau froide. Avec une petite cuiller, on répand sur la plaie l'encre de Chine en bouillie épaisse; on enlève l'écarteur et avec la paupière supérieure appliquée sur le globe, on fait un massage du globe; on peut, au bout de quelques instants, faire une nouvelle scarification avec nouveau dépôt d'encre de Chine, le tout dans la même séance. ROHMER.

DE WECKER. La sphinctérectomie de l'iris (*Ann. d'oculist.*, *déc. 1897*).

En cas de leucome central, il faut, pour relever l'acuité visuelle, combiner l'iridectomie au tatouage optique de la cornée; seulement l'iridectomie classique, faite jusqu'à l'insertion de l'iris, ne donnera aucun résultat. Pour qu'elle soit utile, au point de vue optique, il faut procéder comme le recommande de Wecker : après avoir choisi à l'éclairage électrique, la partie la plus transparente qu'avoisine le leucome, et aussi la plus centralement placée, on fait, sur le milieu du rayon

correspondant, une incision de 2 millimètres avec un couteau à arrêt : on introduit une pince à iris à branches très fines de Wülfing-Luër, et on saisit le sphincter iridien près du bord pupillaire ; on l'amène au dehors sans traction trop forte, et on n'excise que strictement la partie saisie par la pince ; on fait cette excision avec des pinces-ciseaux à branches très courtes, et en rasant les pinces à griffes. On obtient ainsi une échancrure qu'on croirait due à une corectopie, tout à fait différente de l'iridectomie usuelle. ROHMER.

VEASEY. Primary sarcoma of the iris (*Journ. Amer. med. Ass., 22 janv. 1898*).

Homme de 46 ans atteint d'un sarcome primitif de l'iris gauche enlevé avec succès par iridectomie. L'extrême rareté du sarcome primitif de l'iris a incité V. à publier ce fait qui est du reste conforme aux cas antérieurement publiés. CART.

SCHLODTMANN. Ueber einen Fall von Luxation der Linse..... (Cas de luxation du cristallin dans l'espace de Tenon) (*Graefe's Arch., XLIV, 1*).

Généralement, les ruptures de la sclérotique se produisent près du limbe cornéen ; lorsque, par exception, la rupture se fait à 2 ou 4 millimètres en arrière du limbe, il se fait une luxation sous-conjonctivale du cristallin. Exceptionnellement on observe la rupture de la sclérotique au niveau de l'équateur ou dans les parties postérieures du globe.

C'est un cas de ce genre que l'auteur a eu lieu d'observer. A la suite d'un coup de corne de bœuf, il y eut plaie pénétrante de la paupière supérieure, chémosis, hypoema, puis consécutivement du glaucome, qui nécessita l'énucléation. A l'examen du globe, on trouva le siège de la rupture en arrière de l'insertion du droit externe, sous forme de ligne noirâtre dirigée horizontalement en arrière. Contre la face externe de cette plaie, on constate une saillie constituée par le cristallin luxé. La capsule cristallinienne était intacte et avait suivi la lentille dans son déplacement. ROHMER.

VELHAGEN. Ein Fall von Scheingeschwulst im Augeninnern nach Cataractextraction (Un cas de pseudo-tumeur dans l'œil à la suite de l'extraction de la cataracte) (*Centr. f. prakt. Aug., déc. 1897*).

L'auteur a observé, trois semaines après l'extraction du cristallin, une tumeur implantée derrière l'iris et empiétant sur les deux tiers de la pupille, en plongeant dans le vitré ; au bout d'un certain temps, la tumeur disparut et la vision fut excellente avec des verres correcteurs. D'autres auteurs avaient vu des cas analogues et Knapp fit même l'énucléation d'un œil dans lequel il avait cru voir un sarcome mélanique, et dans lequel il ne trouva qu'un décollement du corps ciliaire. Velhagen pense qu'il s'agit là tout simplement d'un soulèvement de la membrane basale du corps ciliaire, soulèvement produit par la sécrétion exagérée de l'humeur aqueuse, surtout lorsque la chambre antérieure met un certain temps à se reformer ; ce qui milite encore en faveur de cette opinion, c'est un trouble passager du vitré et la diminution de tension du globe chez le malade en question. ROHMER.

PFLUEGER. Der Iris-Vorfall bei der Extraction des Älterstaares und seine Verhütung (La hernie de l'iris dans l'extraction de la cataracte sénile et sa prophylaxie) (*Klin. Monats. f. Aug., oct. 1897*).

Les causes de la hernie de l'iris après l'extraction à lambeau sont : l'hypermaturité de la cataracte, sa maturité incomplète, la consistance visqueuse de la corticale, la méthode opératoire, l'état de santé et la conduite de l'opéré. L'opération est rendue plus difficile par la trop grande maturation de la cataracte, la zonule pouvant être déchirée, lorsqu'avec les pinces on cherche à arracher la cristalloïde. Un sphincter pupillaire trop rigide empêche la sortie de la lentille; le blépharostat empêche mieux l'action de l'orbiculaire sur l'œil que les doigts. Il faut faire une toilette soignée de la chambre antérieure pour empêcher le gonflement des masses corticales, qui provoquent souvent une cataracte secondaire et la hernie de l'iris. Les mouvements, les efforts, la toux agissent aussi dans ce dernier sens. Si pour une raison quelconque on a lieu de craindre la hernie de l'iris, il ne faut pas hésiter à faire l'iridectomie même après la sortie du cristallin, ne serait-ce qu'une petite iridectomie périphérique; on évite ainsi de la sorte le glaucome consécutif. La diplopie peut résulter d'une excision partielle de l'iris : il suffit, dans ce cas, de réunir les deux ouvertures en coupant le pont intermédiaire avec un couteau de Nicati. ROHMER.

CHIBRET. La ponction scléro-cyclo-irienne dans le traitement chirurgical du glaucome (*Ann. d'oculist., sept. 1897*).

Pour produire une détente lente de la pression intra-oculaire, débrider l'angle irien et détacher l'iris de ses insertions, enfin produire des cicatrices à filtration, l'auteur applique le procédé suivant : avec un couteau de Graefe à double tranchant légèrement courbé sur le plat, il pique la sclérotique à 3 ou 4 millimètres en arrière du limbe scléro-cornéen, et fait apparaître la pointe du couteau dans la chambre antérieure ; il dirige alors cette pointe vers la surface antérieure de l'iris qu'il accroche, et pousse en avant, de façon à arracher l'iris à son insertion correspondante ; cette ponction est répétée en 5 ou 6 points différents ; instillation d'ésérine et bandeau compressif. Au bout de 24 ou 48 heures, la pression intra-oculaire se trouve notablement hypotonique. Rarement il est besoin de renouveler cette opération une 2e ou une 3e fois pour amemer la guérison durable. ROHMER.

GINSBERG. Ein anatomischer Befund bei alter verheilter Aderhautruptur (Examen anatomique d'une ancienne rupture choroïdienne guérie) (*Graefe's Archiv, XLIV, 1*).

Il s'agit d'une jeune fille qui, 22 ans auparavant, avait reçu un coup de pierre sur l'œil gauche. A l'ophtalmoscope, on voit une cicatrice bleuâtre entourée de pigments noirs et siégeant au voisinage de la papille. Histologiquement, on voit la rétine adhérente et atrophiée au niveau de la cicatrice choroïdienne ; celle-ci est formée par un tissu fibreux renfermant quelques cellules sans vaisseaux. Sur les bords de la déchirure, on voit des canaux tapissés par des cellules épithéliales et renfermant des granulations pigmentaires, analogues à l'épithélium pigmentaire de la rétine ; il est probable que

cet épithélium pigmentaire a proliféré à la surface des granulations transformées en tissu de cicatrice qui a englobé les prolongements épithéliaux.

ROHMER.

GÖRLITZ. Mittheilung eines weiteren Falles von Chorio-retinitis striata (*Klin. Monats. für Aug., nov. 1897*).

Chez une malade de 27 ans qui, à l'âge de 9 ans, était tombée d'un second étage, l'œil gauche montrait à l'ophtalmoscope, au-dessus de la papille, deux grosses taches blanches, brillantes, à contours nets, présentant des prolongements dans toutes les directions; l'une de ces taches a une bordure pigmentaire très étroite; les deux communiquent entre elles par leurs prolongements. En dessous de la papille sont d'autres stries plus étroites, se reliant aussi aux deux précédentes. Toute la périphérie du champ ophtalmoscopique présente des taches pigmentaires nombreuses, dont quelques-unes se rapprochent des grosses taches blanches. D'autres observations de ce genre ont été publiées par Onisi, Jäger, Caspar, etc. Il s'agissait de décollements rétiniens anciens, au niveau desquels il se serait formé, entre la rétine et la choroïde, des exsudats fibrineux qui donnent lieu à l'aspect relaté plus haut.

ROHMER.

PERGENS. Das Verhalten der Retina bei Anvesenheit von Röntgen-Strahlen (L'état de la rétine après exposition aux rayons Röntgen (*Klin. Monatsh. f. Aug., oct. 1897*).

L'auteur a fait ses expériences sur un poisson, le Leuciscus rutilus; après exposition prolongée pendant deux jours aux rayons Röntgen, les yeux étaient fixés et examinés; de nombreuses expériences ont montré la coloration foncée du pigment, l'intégrité des cônes de bâtonnets, pas de diminution de la nucléine, et le même état normal du protoplasma que sur les yeux ordinaires. En somme, les yeux privés ou non de cristallin se comportent chez le leuciscus, vis-à-vis des rayons X, comme dans l'obscurité complète.

ROHMER.

WAGENMANN. Beitrag zur Kenntniss der Circulationsstörungen in den Netzhautgefässen (Des troubles circulatoires dans les vaisseaux rétiniens) (*Graefe's Arch., XLIV, 2*).

Chez un malade âgé de 69 ans, il se produit, par accès, un obscurcissement de la vue; ces accès, espacés d'abord de 2 à 4 jours, finirent par se reproduire plusieurs fois par jour. Ces accès consistaient en une diminution de la vision commençant soit par le côté, soit par en bas et envahissant la totalité du champ visuel jusqu'à produire la cécité complète; habituellement, le retour de l'accès était assez rapide et le rétablissement de la vision n'exigeait que quelques minutes ou quelques heures. Au cours d'un accès, l'amaurose étant absolue, on put constater que la papille a sa couleur habituelle, mais que les artères forment de petites stries jaunâtres, brillantes sans colonne sanguine; on ne put les suivre que dans une faible étendue; les veines sont filiformes. A la suite d'une iridectomie, ces troubles ne se sont pas reproduits pendant 7 mois, puis arriva un nouvel accès avec cécité complète, que l'auteur rattache cette fois à une embolie de l'artère centrale. Wagenmann repousse l'idée d'embolies partielles et pense qu'il s'agit d'un trouble analogue à celui que l'on observe dans la maladie de Raynaud, d'un

spasme de l'artère centrale provoqué par une lésion athéromateuse endartéritique. ROHMER.

ZIMMERMANN. Ueber einen Fall von Nezhautablösung (Un cas de décollement de la rétine chez le chien) (*Klin. Monats. f. Aug., oct. 1897*).

Chez un chien âgé de 7 ans, il existait une cataracte complète sur un œil et incomplète sur l'autre; ce dernier avait, en outre, un décollement de la rétine, avec hémorragies et déchirure rétinienne; l'examen microscopique de cet œil permit de conclure qu'il s'agissait d'une inflammation dégénérative primitive du vitré qui, par traction, provoqua le décollement rétinien. L'hémorragie provenait de la déchirure des vaisseaux rétiniens, tandis que l'exsudat sous-rétinien, riche en albumine, provenait des vaisseaux choroïdiens. Les altérations de la rétine, dégénérescence cystoïde et hémorragies, doivent être regardées comme secondaires, puisque les vaisseaux de la rétine ont leur structure à peu près normale. Comme il n'a pas été fait d'autopsie de l'animal, il a été impossible de dire si les causes de l'inflammation dégénérative du vitré sont dues à des influences locales ou bien à un vice constitutionnel. ROHMER.

AUDOGSKY. Ueber das Verhalten des Sehpurpurs bei der Netzhautablösung (Le pourpre visuel dans le décollement de la rétine) (*Graefe's Arch., XLIV, 2*).

Le but des recherches expérimentales entreprises par Audogsky a été de déterminer s'il existait du pourpre dans la rétine décollée, et ce qu'il devenait; il a provoqué le décollement chez des animaux par l'introduction d'un petit morceau de cuivre, ou l'injection d'eau salée dans le vitré; dans presque tous les cas, on pouvait constater, histologiquement, du côté de la rétine des lésions inflammatoires ou dégénératives semblables à celles décrites par Leber; les bâtonnets étaient atteints de dégénérescence variqueuse on même avaient complètement disparu. Dans la rétine décollée, le pourpre peut être constaté pendant six à sept jours, c'est-à-dire tant que le segment externe des bâtonnets n'est pas altéré; la coloration de la rétine décollée est due à la réserve de pourpre visuel encore présente dans la couche des bâtonnets; que les bâtonnets soient normaux ou dégénérés, la coloration est souvent identique. La régénération du pourpre ne s'observe jamais dans le décollement; et c'est la lumière qui en provoque la décomposition, suivant son intensité; le pourpre ne se résorbe pas dans la rétine décollée en l'absence de l'action de la lumière. Dans le décollement de la rétine chez l'homme, les altérations de la couche des bâtonnets est beaucoup moins rapide que chez le lapin. Jusqu'ici on n'a pas encore eu l'occasion d'étudier le rétablissement possible de la fonction d'élaboration du pourpre dans les cas de guérison des décollements; théoriquement cela peut se faire, tant que la couche des bâtonnets et celle de l'épithélium pigmentaire ne sont pas trop altérées. ROHMER.

NOTTBECK. De la pseudo-névrite congénitale (névrite apparente) (*Graefe's Arch., XLIV, 1*).

Il s'agit d'un aspect de la papille analogue à la névrite optique, mais

n'en ayant pas la signification, car il s'agit d'une anomalie congénitale, et non d'une inflammation ; elle serait assez fréquente, si on la cherchait; car les malades ne se plaignent d'aucun trouble subjectif. C'est de Wecker qui le premier a signalé cette anomalie. Nottbeck relate 5 cas qu'il a pu suivre pendant 3 à 7 ans, sans remarquer de changements ophtalmoscopique ou fonctionnel. Ce qui permet d'affirmer le diagnostic, c'est le désaccord entre l'effacement des limites de la papille et le faible degré de stase ou d'hyperémie vasculaire ; dans quelques cas, il y avait une saillie papillaire analogue à la névrite œdémateuse. Dans tous les cas on a noté de l'hypermétropie de 1 à 7°,5, avec acuité visuelle variable. Ce qui rend l'origine congénitale vraisemblable, c'est la persistance pendant de nombreuses années et la coexistence d'autres anomalies congénitales. L'auteur n'admet pas que cette apparence de névrite soit due aux efforts d'accommodation des hypermétropes, car le degré d'hypermétropie n'a aucune influence sur elle ; de plus les verres correcteurs ne la font pas disparaître. Le traitement est nul. Il s'agit surtout de ne pas la confondre avec la névrite vraie. ROHMER.

PANSIER. L'amaurose hystérique; dédoublement de la vision consciente et de la vision polygonale (*Ann. d'oculist., déc. 1897*).

L'amblyopie est relativement fréquente chez les hystériques : l'amaurose, la cécité complète est plus rare surtout dans la forme permanente. Exceptionnellement elle est binoculaire. Le centre psychique, ne pouvant plus condenser toutes les impressions qu'il reçoit, en extériorise le plus grand nombre. Cette extériorisation atteint difficilement toutes les impressions visuelles : tout au plus l'hystérique aliénera-t-elle celles reçues dans un œil, mais il est rare qu'il les annihile totalement. Aussi l'amaurose hystérique dans sa forme durable est presque toujours monoculaire. Pour expliquer l'amaurose monoculaire, l'auteur se sert du schéma de Grasset ; dans ce cas, il paraît que ce seraient les communications sus-polygonales de la vision monoculaire qui seraient atteintes, les communications sus-polygonales de la vision binoculaire restant intactes. ROHMER.

ANGELUCCI. Sur l'origine de l'ophtalmie sympathique (*Revue gén. d'opht., janv. 1898*).

Les yeux atteints d'ophtalmie sympathique recèlent toujours des microorganismes dans leurs tissus ; l'ophtalmie sympathique ne peut pas être provoquée par nos expériences ; un processus inflammatoire organisant exsudats fibrineux et plastiques, tel que celui qui représente essentiellement l'ophtalmie sympathique, ne peut pas tenir à des altérations purement vaso-motrices. ROHMER.

LANGE. Zur Anatomie und Pathogenese des Mikrophthalmus congenitus unilateralis (*Graefe's Arch., XLIV, 1*).

Lange a étudié sur de nombreuses coupes reproduites dans son article, un œil atteint de microphtalmie congénitale unilatérale. A la place du

corps vitré, il a trouvé une masse de tissu graisseux bien développé ; pour lui, la microphtalmie serait la conséquence de lésions inflammatoires développées pendant la vie intra-utérine. Il a démontré aussi que le tissu qui donne naissance au corps vitré peut se transformer en tissu graisseux, et que dans la sclérotique peuvent se développer des fibres musculaires lisses. ROHMER.

WAGENMANN. Beitrag zur Kenntniss der Zündhütchen-verletzungen des Auges (Des blessures de l'œil causées par les éclats de capsule (*Graefe's Arch., XLIV, 2*).

Leber a démontré que les fragments de cuivre introduits dans l'œil provoquent une inflammation beaucoup plus forte que le fer et peuvent déterminer une suppuration très rapide, d'autant plus que le corps étranger est en contact avec des tissus vasculaires, tel que l'iris, et que l'action chimique du cuivre n'est pas affaiblie par la richesse en albumine du milieu environnant. Souvent, après quelques semaines, le corps étranger est éliminé à travers la cornée ramollie. Dans le cristallin, le corps étranger est bien supporté. Wagenmann a eu l'occasion d'extraire, douze ans après sa pénétration, un corps étranger enclavé dans le cristallin ; le corps étranger de couleur noirâtre paraissait entouré par une zone brunâtre. Les fibres cristalliniennes en contact avec le corps étranger sont imprégnées de composés cupriques, facilement mis en évidence avec le ferro-cyanure de potassium et l'acide acétique qui donnent une coloration rouge. ROHMER.

NORMAN-HANSEN. Études sur la contusion de l'œil (*Ann. d'oculist., sept. 1897*).

D'après Berlin, la contusion du globe produit une rotation de celui-ci et partant un tiraillement de la choroïde entre la papillle et la macula ; suivant que ce tiraillement sera plus ou moins fort, on observera successivement, soit un simple œdème de la rétine, fugace, dû à une simple transsudation dans les couches internes de la rétine, soit un œdème aigu de la rétine, causé par une contusion plus forte, produite à l'endroit du coup et du contre-coup et aussi dans la macula et autour d'elle ; il est dû à des ruptures minimes de la choroïde. La localisation de l'affection tient à ce que la macula, d'après Haab, est le point le plus sensible et le plus délicat de la rétine. De ses observations l'auteur conclut que : l'affection traumatique de la macula résulte des mêmes causes et survient dans des conditions analogues à la rupture typique de la choroïde ; l'affection traumatique de la macula est toutefois une lésion primaire, qui s'établit immédiatement après la contusion de l'œil, ou comme des hémorragies capillaires dans la macula et ses alentours, ou comme des ruptures minimes du tissu choroïdien, y compris l'épithélium pigmenté de la rétine. ROHMER.

QUERENGHI. Un cas curieux d'abcès chronique de l'orbite (*Ann. d'oculist., sept. 1897*).

Il s'agit d'un malade de 28 ans, vigoureux et bien portant, qui, après un

coup reçu sur la tempe gauche, vit se développer, deux ans après, un déplacement de l'œil de ce côté; 4 ans plus tard seulement, il se présenta à Querenghi, qui constata une exophtalmie presque complète, avec acuité visuelle normale et tumeur fluctuante au niveau de la paroi interne de l'orbite. L'ouverture de l'abcès donna lieu à un écoulement de liquide épais, glutineux, filant, un peu opaque, brun rougeâtre; plus tard s'élimina un morceau d'os nécrosé que l'auteur pensa être la lame papyracée de l'ethmoïde. La guérison s'effectua en totalité après grattage et cautérisation au chlorure d'antimoine de la paroi. La symptomatologie et la nature du liquide font ressembler singulièrement l'affection à une sinusite frontale ou plutôt ethmoïdale, diagnostic auquel l'auteur ne pense même pas dans sa dissertation sur ce point.

ROHMER.

F. CAHEN. Osteoplastische Freilegung der Augenhöhle..... (Ouverture ostéoplastique de l'orbite pour résection de la branche ophtalmique) (*Centr. f. Chir.*, *3 juill. 1897*).

Un homme de 52 ans, opéré 4 ans auparavant pour névralgie sus-orbitaire, par l'ablation du nerf sus-orbitaire, est repris de crises douloureuses continuelles que rien ne peut calmer. Nouvelle opération: incision sur le rebord de l'orbite, des extrémités de laquelle deux perpendiculaires sont élevées; entaille au ciseau d'un lambeau osseux comprenant la table externe du frontal, relevé avec les téguments; ablation du tissu spongieux et de la table interne de l'os; décollement de la dure-mère poussé très loin sur la voûte orbitaire. Celle-ci est enlevée dans une grande étendue ainsi que la portion moyenne du rebord orbitaire. Sous le périoste apparaît la première branche du trijumeau, qui est disséquée le plus loin possible en arrière et réséquée. Tamponnement iodoformé de la plaie; suture du lambeau. Les accès douloureux diminuent puis disparaissent, et la plaie est réunie secondairement le 6e jour. Après trois mois et demi, la guérison est maintenue, les mouvements de l'œil et de la paupière sont libres, la vue est excellente. Le frontal est obturé; profondément on sent l'ouverture de la paroi orbitaire.

L'auteur pense que ce procédé est applicable aux opérations pour corps étrangers de l'orbite, peut-être anévrismes. Il présente, sur la résection temporaire de la paroi externe de l'orbite, l'avantage de donner un accès plus large sur la totalité de l'orbite.

ROBINEAU.

TROUSSEAU. La greffe d'éponges comme renforcement du moignon après l'énucléation (*Ann d'oculist.*, *déc. 1897*).

Voulant perfectionner l'opération de Critchett, celle de Muler (boule de verre), celle de Bourgeois (boule de soie), l'auteur, à l'exemple de Hamilton et de Belt, a essayé la greffe d'éponge bien stérilisée, placée sous la conjonctive suturée en bourse, à la place de l'œil énucléé. Sur 5 cas, deux fois l'éponge s'est éliminée à travers la suture conjonctivale désunie; une fois, l'orifice entr'ouvert laissait voir l'éponge, qui a du s'éliminer dans la suite; un quatrième opéré fut perdu de vue; chez le dernier, le résultat était très bon, car au bout de trois semaines du port d'un œil artificiel le moignon était magnifique et doué d'une mobilité parfaite.

ROHMER.

SCHMIDT. Enucleatio bulbi mit beweglicher Prothese (Énucléation du bulbe avec moignon mobile) (*Klin. Monats. f. Aug., nov. 1897*).

Il arrive quelquefois qu'à la suite d'une énucléation on trouve un moignon conjonctival mobile; ce résultat doit être expliqué par l'insertion des quatre muscles droits qui a persisté à la partie antérieure du moignon conjonctival; l'auteur a cherché à obtenir, de parti pris, ce résultat jusqu'alors dû au hasard. Pour y arriver, Schmidt dissèque la conjonctive tout autour de la cornée sur l'espace d'un centimètre; puis, avec un crochet implanté dans la sclérotique, il attire le bulbe en avant, et avec une pince saisit le droit supérieur, le sectionne à son insertion, et passe un fil de catgut dans son tendon derrière la pince; même opération pour les autres muscles droits; puis, chacun des muscles étant sectionné à son insertion, on tire sur le fil de catgut de façon à tendre la conjonctive; on saisit celle-ci et avec des ciseaux droits on fait une incision de 3/4 de centimètre sur elle; on sectionne le nerf optique et les obliques et on énuclée le bulbe. Puis les fils sont passés respectivement pour chaque muscle sur chaque lèvre de l'incision conjonctivale correspondante et liés. On sectionne l'une des extrémités du fil, l'autre, la plus longue, étant laissée en place; celle-ci sert à faire une suture en bourse de la conjonctive, de telle sorte qu'on obtient une suture en croix à chacun des angles de laquelle sont insérés les muscles droits. ROHMER.

F. LAGRANGE et F. COSSE. Valeur comparative de l'holocaïne et de la cocaïne en ophtalmologie (*Journ. méd. Bordeaux, 5 déc. 1897*).

L'holocaïne à 1 0/0 est particulièrement utile quand la conjonctive est enflammée.

L'holocaïne à 1 0/0 est le médicament de choix pour les opérations de strabisme, de chalazion, de ptérygion, et l'extraction des corps étrangers de la conjonctive et de la cornée.

On emploiera l'holocaïne mélangée à la cocaïne (holocaïne, 5 centigrammes ; cocaïne, 10 centigrammes ; eau 10 grammes) pour l'iridectomie et la cataracte, sans indications spéciales.

La cocaïne à 2 ou 3 0/0 reste l'anesthésique de choix pour les opérations dans lesquelles on a intérêt à abaisser la tension intra-oculaire.

OZENNE.

NATANSON. Action et emploi de l'holocaïne (*Ann. d'oculist., oct. 1897*).

Après instillation dans le cul-de-sac conjonctival d'une solution acqueuse de chlorhydrate de cocaïne à 1 0/0, le malade éprouve d'abord une légère sensation de cuisson et l'on voit apparaître, dans la majorité des cas, une hyperémie faible au pourtour de la cornée ; au bout d'une demi-minute apparaît l'anesthésie qui dure en moyenne dix minutes; elle ne provoque pas de dessèchement et de trouble de l'épithélium cornéen ; il n'y a pas de dilatation de la pupille ; l'accommodation n'est pas paralysée ; on n'observe ni hypertension de l'œil, ni élargissement de la

fente palpébrale avec protrusion du globe. L'action de l'holocaïne est supérieure à celle de la cocaïne dans les cas d'inflammation de l'œil avec irritation considérable ; c'est un antiseptique des plus puissants. Son application n'a jamais été suivie de phénomènes d'intoxication, quoique son effet toxique soit de plusieurs fois supérieur à celui de la cocaïne. Ce dernier fait explique pourquoi l'holocaïne ne peut être employée pour des injections sous-cutanées ou sous-conjonctivales.

ROHMER.

TRENTLER. Ueber Euphthalmin, ein neues Mydriaticum (*Klin. Monats. f. Aug., sept. 1897*).

Les effets subjectifs produits par l'instillation de l'euphthalmine sont de peu d'intensité et de durée. L'euphthalmine est un mydriatique puissant; elle dilate la pupille au maximum en solution à 5 et 10 0/0, à peu près dans le même temps qu'une solution d'homatropine à 10 0/0. Elle agit moins chez les gens âgés que chez les jeunes. Elle a l'avantage sur la cocaïne (comme mydriatique) d'une action plus intense; elle laisse intact l'épithélium cornéen; mais elle agit plus lentement. L'accommodation est moins influencée par l'euphthalmine que par l'homatropine. La dilatation de la pupille, ainsi que la paralysie de l'accommodation disparaissent plus vite qu'avec l'homatropine. On n'a pas encore observé d'effets fâcheux sur l'organisme.

ROHMER.

MEYER. Scopolamine et atroscine (*Klin. Monatsbl. f. Aug., janv. 1898*).

L'atroscine produit la dilatation de la pupille en 7 minutes, et atteint son maximum en 25 minutes; sa durée est de 6 à 8 jours; la scopolamine agit de la même façon; la paralysie de l'accommodation arriva avec l'atroscine en 10 minutes et fut complète en 30 à 35 minutes; parfois l'accommodation ne fut que peu ou pas influencée ; de même pour la scopolamine. L'atroscine a donné lieu 6 fois sur 18 cas à de légers symptômes d'intoxication consistant en léger vertige, rougeur de la face, abaissement du pouls et sécheresse de la gorge. Dans l'iritis, l'atroscine a paru agir plus énergiquement que la scopolamine. Dans 3 cas de kératite parenchymateuse, traités pendant plusieurs semaines par la scopolamine et l'atropine, sans succès, une instillation d'atroscine dilata immédiatement la pupille.

ROHMER.

PAGENSTCHER. Ueber die Anwendung von grossen Dosen Iod in der Augenheilkunde (De l'emploi de fortes doses d'iode dans la thérapeutique oculaire) (*Klin. Monats. f. Aug., déc. 1897*).

Il est avéré que de fortes doses d'iode sont mieux supportées dans certains cas où de petites doses provoquent déjà de l'iodisme. Par fortes doses, il faut entendre des doses de 5 grammes à 25 grammes au plus par jour. C'est ainsi que l'auteur a pu guérir une tumeur orbitaire prise pour un sarcome par plusieurs ophtalmologistes, tumeur qui avait résisté à l'administration prolongée d'iodure de K. à petites doses;

3, 4 et 5 cuillerées par jour d'une solution d'iodure à 25/200 eurent, en quelques jours, raison de cette tumeur. L'application de cette médication peut être faite utilement contre l'épisclérite, avec kératite et choroïdite disséminée; contre les paralysies rebelles des muscles de l'œil. D'après l'auteur, on peut arriver très rapidement à faire absorber jusqu'à 10 grammes d'iode par jour, et il est bon, les premiers jours, d'associer le bromure à l'iodure. Il prétend même que la cataracte au début pourrait être favorablement influencée par cette médication. ROHMER.

HALLOT. L'extrait de capsule surrénale et son emploi dans la thérapeutique oculaire (*Thèse de Paris*, *1897*).

L'extrait surrénal bien préparé possède trois propriétés étroitement liées l'une à l'autre et caractéristiques ; il est : *a*) chromogène spontanément et vis-à-vis de nombreux réactifs ; *b*) élévateur de la pression sanguine et vaso-contricteur périphérique ; *c*) toxique énergique en injection intraveineuse.

La pyrocatéchine possède cette triple action, mais à un bien moindre degré. Les propriétés physiologiques de la pyrocatéchine sont exaltées par son union avec une substance encore indéterminée, probablement une toxine. Cette combinaison, très oxydable, mérite le nom de « sphygmogénine ». La sphygmogénine paraît appartenir à la classe des ferments solubles. L'action vaso-constrictive locale de l'extrait capsulaire peut être avantageusement mise à profit : *a*) dans les conjonctivites simplement hyperémiques ; *b*) dans les kératites vasculaires ; *c*) comme hémostatique dans les hémorragies capillaires ; *d*) pour permettre l'anesthésie cocaïnique sur les yeux enflammés. Elle est indifférente ou même nuisible dans les autres cas. ROHMER.

SNELLEN. L'érythropsie (*Graefe's Arch.*, *XLIV*, *1*).

Snellen pense qu'il faut attribuer la cause de l'érythropsie non au pourpre rétinien, mais à la transparence des paupières et des parois du globe oculaire; ce qui arrive quand, dans une chambre obscure on projette des rayons lumineux sur les paupières ou sur la sclérotique ; dans le premier cas on a une sensation lumineuse rouge et dans le second une sensation lumineuse jaune rougeâtre. L'aphaque avec colobome irien fermera ses paupières lorsqu'il sera exposé à une vive lumière ou à la neige ; la lumière blanche pénètre dans l'œil après avoir traversé les paupières et la sclérotique ; la couleur rouge ne sera perçue que dans la demi-obscurité, sous forme d'images complémentaires consécutives d'autant plus prolongées que la lumière primitive aura été plus forte. Si l'on regarde un ciel clair à travers une plaque de gélatine rouge percée d'un trou de 3 millimètres de diamètre, on réalise exactement les conditions de l'érythropsie. Pour Snellen donc, l'érythropsie trouve son explication dans un effet de contraste et d'image consécutive provoqué par l'éclairage coloré intense d'une partie de l'organe percepteur, c'est-à-dire de la rétine. ROHMER.

MALADIES DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES.

COOSEMANS. L'holocaïne en oto-laryngologie (*Revue hebd. de lar., 11 déc. 1897*).

Après avoir rappelé les propriétés physiologiques et pharmacologiques de l'holocaïne, ses applications dans l'oculistique, C. relate ses observations personnelles et conclut que c'est un agent d'anesthésie local parfait; non irritant, non toxique, se conservant en solutions inaltérables, elle a sur la cocaïne des avantages certains; mais elle ne réduit pas les tissus comme la cocaïne. A. CARTAZ.

I. — LICHTWITZ et SABRAZÈS. L'orthoforme comme anesthésique et antiseptique ; son action dans les dysphagies (*Bull. méd., 21 nov. 1897*).

II. — LICHTWITZ. Traitement de la rhinite vaso-motrice par l'orthoforme (*Ibid., 23 janv. 1898*).

I.— D'après les recherches de L. et S. l'orthoforme n'aurait qu'une valeur antiseptique médiocre ; par contre, son action anesthésique est des plus remarquables. Déposé à la surface d'une ulcération, d'une plaie, il amène le calme de la douleur pendant un temps prolongé. L. et S. l'ont employé avec succès chez des sujets atteints de tuberculose laryngée, de cancer du larynx et après l'amygdalotomie à l'anse électrique.

II. — L'orthoforme amène d'une façon durable la diminution de l'hyperesthésie et, partant, de la congestion de la muqueuse et de l'hypersécrétion, dans les cas de rhinite vaso-motrice. L. a obtenu des résultats heureux dans trois cas ; une application a suffi, dans un cas, pour empêcher tout nouvel accès. A. CARTAZ.

Henry DE STŒCKLIN. Recherches cliniques et expérimentales sur le rôle des levures trouvées dans les angines suspectes de diphtérie (*Arch. de méd. exp., X, p. 1*).

Dans 16 cas d'angines pseudo-membraneuses (10 diphtéries, 6 pseudo-diphtéries) l'auteur a isolé dans la fausse membrane le saccharomyces albicans ou parasite du muguet, presque toujours sous la forme levure. Le saccharomyces retiré des angines ne s'est pas montré expérimentalement pathogène à l'état de culture pure. Cependant son association au bacille de Löffler exaltait considérablement la virulence de ce dernier, comme l'ont montré des injections de cultures mixtes au cobaye, et réveillait la virulence du saccharomyces, comme l'ont prouvé les expériences sur le lapin.

Cliniquement, l'association de la diphtérie et du saccharomyces se montre surtout au-dessous de 7 ans ; elle aggrave le plus souvent le pronostic (2 morts sur 10 cas malgré la sérothérapie). Ces angines n'ont pas de caractère propre permettant de les distinguer des autres angines

pseudo-membraneuses. Deux fois seulement sur 16 il a été noté la coexistence de plaques de muguet dans la bouche.

Les angines pseudo-membraneuses non diphtériques dans lesquelles on rencontre le saccharomyces peuvent présenter une gravité très marquée (sur 6 cas, 1 cas sérieux et 1 cas mortel). Il est regrettable que dans ce second groupe d'angines l'auteur n'ait pas plus complètement étudié le rôle joué par les microbes pathogènes isolés en même temps que le saccharomyces, et l'influence de leur association au parasite du muguet.

Signalons encore une omission, celle du travail de Teissier (voy. *R. S. M.*, XLVI, 687) sur un cas d'angine diphtéroïde syphilitique avec présence exclusive dans l'exsudat des formes levures du muguet.

H. BOURGES.

J. NICOLAS. Sur la coexistence d'une angine pseudo-membraneuse atypique et d'un microbe nouveau (*Arch. de méd. exp. X, p. 75*).

L'auteur décrit avec beaucoup de soin un microbe qu'il a isolé dans un cas d'angine pseudo-membraneuse chronique ayant duré plus de cinq mois. Ce bacille paraît devoir être rapproché, selon nous, du bacille de Friedlænder, dont certaines variétés ne gardent pas constamment les formes courtes classiques, mais prennent aussi des formes longues et même filamenteuses. La persistance des fausses membranes pendant plusieurs mois rappelle ce que Ch. Nicolle et A. Hébert ont observé à propos des angines pseudo-membraneuses chroniques à bacille de Friedlænder.

L'aspect encapsulé du bacille, sa décoloration par le Gram, la culture en clou par piqûre dans la gélatine, la viscosité de la culture dans le bouillon nous paraissent bien plaider en faveur de l'interprétation que nous proposons.

H. BOURGES.

H. LAVRAND. Les angines glanduleuses (*In-16, Paris, 1898*).

Sous ce titre, L. comprend toutes les manifestations qui peuvent atteindre le système lymphoïde de la gorge et du pharynx, depuis la simple inflammation localisée on diffuse, jusqu'à l'hypertrophie, constituant les grosses amygdales et les tumeurs adénoïdes. C'est peut-être donner beaucoup d'élasticité à la dénomination d'angines, mais ce n'est, après tout, qu'une question d'étiquette.

Après avoir étudié le rôle du tissu lymphoïde guttural, L. passe en revue les pharyngites aiguës et chroniques ; on sait la fréquence et la ténacité de ces dernières, en particulier de la pharyngite chronique rétro-nasale. L'auteur montre les troubles sérieux que détermine l'hypertrophie du tissu lymphoïde dans cette région et insiste sur un point qu'il a étudié spécialement : les déformations de la face et du thorax.

L'ouvrage se termine par l'étude des variétés d'angines glanduleuses, dans l'albuminurie, le diabète, la fièvre typhoïde et des relations qui unissent le catarrhe thinopharyngé et les érysipèles répétés de la face. C'est une œuvre, avant tout, clinique et remplie d'indications pratiques.

A. CARTAZ.

I.-L. GOODALE. Absorption des corps étrangers par les amygdales chez l'homme, et ses rapports avec le développement des processus infectieux (*Arch. f. Laryng., VII, p. 90*).

L'auteur démontre qu'expérimentalement des corps étrangers (granulations de carmin) sont absorbés par les amygdales et pénètrent par la muqueuse des lacunes jusque dans le tissu conjonctif qui sépare les follicules lymphatiques.

A l'état normal on rencontre des bactéries dans les lacunes, mais rarement elles pénètrent jusqu'au tissu conjonctif. Dans 4 cas d'amygdalite lacunaire aiguë, les microbes étaient très nombreux dans les lacunes, mais on n'en retrouvait pas plus profondément qu'à la surface de la muqueuse. Ces faits semblent démontrer qu'il existe là un processus de défense qui arrête les bactéries avant qu'elles aient pu pénétrer dans la profondeur des amygdales. H. BOURGES.

TROISIER et DECLOUX. Phlébite de la jambe consécutive à une angine à streptocoques (*Bull. Soc. méd. des hôp., 11 fév. 1897*).

Garçon de 19 ans entré à l'hôpital pour une angine simple, pultacée, sans fièvre notable. Une culture donne des colonies pures de streptocoque. 3 jours après, les dépôts pultacés avaient disparu et le malade quitte l'hôpital le 6e jour, guéri; il marche toute la journée et le lendemain ressent de la douleur dans le creux poplité; la jambe se tuméfie et 3 jours après sa sortie, il rentre à l'hôpital où on constate les signes d'une phlébite qui guérit en quelques jours, sans complication.

Les auteurs appellent l'attention sur cette complication rare, survenue dans la convalescence d'une angine simple. Il n'ont trouvé que deux cas semblables, de Trumbull (*R. S. M.*, XXXVII, 649) et de Vaquez (*Clinique de la Charité*, art. Phlébite des membres). A. CARTAZ.

Et. GOLAY. A propos d'un cas de diphtérie prolongé (*Journ. de clin. inf., 2 déc. 1897*).

Observation d'une angine diphtérique survenue chez un enfant de 8 ans, le 12 mars 1896 (examen bacillaire confirmatif), guérie par une injection de sérum. Le 8 avril, état normal, l'examen bactériologique donne du bacille de Lœffler pur. Du 17 avril au 21 août, on pratique 27 cultures donnant toutes le même résultat. Le 1er septembre survient une nouvelle angine; même résultat de l'examen. Le 22 octobre, nouvelle angine; 8 jours après, l'examen bactériologique ne révèle plus rien. Pas de culture jusqu'au 5 février 1897, où éclate une angine à pseudo-membranes; bacilles diphtériques courts avec streptocoques; injection de sérum. Le 13 février, guérison complète, plus de bacilles diphtériques.

A. CARTAZ.

Arthur HARTMANN. Die Operation adenoider Wucherungen..... (L'opération des végétations adénoïdes sous le contrôle direct de la vue (*Deutsche med. Woch., suppl. p. 69, 7 oct. 1897*).

Hartmann emploie pour l'ablation des végétations adénoïdes une pince

droite à mors coupants. Il relève avec un crochet mousse tenu de la main droite le voile du palais anesthésié et saisit avec la pince les végétations qu'on aperçoit directement : 2 coups de pince suffisent pour tout enlever, l'opération est tellement rapide que l'enfant n'a pas le temps de se révolter ; la pince a l'avantage de ne pas laisser tomber les parties détachées. H. DE BRINON.

V.-E. MALATO. Sui microrganismi patogeni esistenti nelle cavita nasali fisiologiche et sul potere attenuante della mucosa nasale (*Arch. ital. di otol.*, *VI*, *p. 345*).

L'auteur, dans une série d'expériences, confirme les résultats obtenus sur le pouvoir bactéricide du mucus nasal. Sur 38 examens de cette sécrétion, chez des sujets sains, il a trouvé 28 fois des germes pathogènes : 11 fois le bac.-coli seul, 3 fois le staphylocoque aureus seul, 2 fois le pneumo-bacille seul, 2 fois le staphylocoque blanc, 2 fois le bacille pyogène fétide ; dans les autres cas, il y avait association de divers microbes. A. CARTAZ.

W.-H. PARK et J. WRIGHT. Les microbes du nez à l'état normal (*Ann. mal. de l'or.*, *fév. 1898*).

De leurs recherches expérimentales, les auteurs concluent, contrairement à Wurtz et Lermoyez, que le pouvoir bactéricide du mucus nasal est faible et insignifiant et ne peut prévenir une infection due à un apport de bacilles virulents par les instruments introduits dans le nez.

A. CARTAZ.

I. — M.-A. GOLDSTEIN. The Texas screw-worm and its invasion of the nasal cavities (*Laryngoscope*, *déc. 1897*).

II. — Hal FOSTER. Report of a case of 207 screw-worms..... (*Ibid.*).

III. — J.-S. STEELE. Report of a case..... (*Ibid.*).

I à III. — Relations de trois cas de larves, dans les fosses nasales. Il s'agissait dans ces cas des larves de lucillia macellaria (*Texas screw-worm fly*). Les accidents furent graves dans le premier cas où l'on retira jusqu'à 300 larves. Goldstein a étudié l'action de divers antiseptiques sur les larves ; elles vivent 4 minutes dans l'acide phénique pur, 15 minutes dans la térébenthine ; les vapeurs de chloroforme les tuent en 30 secondes. A. CARTAZ.

G. LIAMBEY. Du traitement des sinusites maxillaires (*Thèse de Paris*, *1897*).

L'auteur passe en revue les divers procédés de traitement de sinusites, en exposant longuement celui de Luc. Il eût bien fait de compulser les documents originaux relatifs aux diverses méthodes et ne m'aurait pas attribué, je ne sais pourquoi, l'idée d'ouverture par la joue, alors qu'il s'agit d'ouverture par la fosse canine (*Arch. de lar.* 1892). A. CARTAZ.

BERGEAT. Die hohlräume der mittleren Muschels (Les sinus du cornet moyen) (*Münch. med. Woch., p. 960, 31 août 1897*).

L'auteur distingue : 1° Les sinus qui n'appartiennent pas au cornet moyen et parmi eux : *a*) ceux qui s'ouvrent dans le sinus du cornet savoir : dépression antérieure du sinus (18/180 cas) ; tubercule ethmoïdien antérieur ; dépression postérieure du sinus (rare) ; et gouttière du bord inférieur du cornet (très propre à la rétention du pus) ; — *b*) cellule proprement dite du cornet moyen (40/180) ; s'ouvre au niveau de la bulle ethmoïdienne, peut atteindre le volume d'une noisette ; — *c*) cellule dans la branche descendante du cornet ; — *d*) fosses et fentes à la face convexe du cornet moyen. — 2° Les sinus qui communiquent avec le canal nasal supérieur. — 3° les sinus qui, par l'intermédiaire du cornet moyen, ne sont clos qu'en dedans et enfin. — 4° Les espaces creux situés entre le cornet moyen et la cloison produits à la suite de soudures dues à l'ablation des polypes muqueux, surtout par l'anse galvanique. C. LUZET.

WEIL. Zur Pathologie und Therapie der Eiterungen der Nasennebenhöhlen (*Wiener med. Woch., 17 avril 1897*).

Les suppurations simples des sinus maxillaires ont, d'après l'auteur, une tendance naturelle et spontanée vers la guérison. Un empyème ne devient chronique que dans les cas où, à la suite de circonstances anatomiques défectueuses, le pus ne peut s'écouler ni constamment, ni complètement; l'inflammation infectieuse originelle évolue bien spontanément, mais la stagnation du pus agissant alors comme corps étranger provoque la chronicité. Si un grand nombre de suppurations maxillaires ne guérissent pas malgré toutes les mesures thérapeutiques, c'est qu'il s'agit d'empyèmes combinés, c'est-à-dire d'empyèmes de l'antre d'Highmore compliqués de suppuration du labyrinthe ethmoïdal, cette combinaison se faisant, soit par la propagation du processus par les parois spongieuses des cavités, soit par l'écoulement direct du pus d'une cavité dans l'autre. Dans les empyèmes tenaces, banalement diagnostiqués « empyèmes des sinus maxillaires », il s'agirait souvent de suppurations ayant primitivement une origine ethmoïdale, de telle sorte que la thérapeutique opératoire une large ouverture du labyrinthe de l'ethmoïde, serait rapidement suivie d'une guérison complète. CART.

A. DE SIMONE. Sui microrganismi dell' ozena (*Arch. ital. di otol., VI, p. 165*).

Résultats d'examens bactériologiques dans 12 cas d'ozène. L'auteur a trouvé d'une façon constante le bacille d'Abel, le bacille pseudo-diphtérique, le diptocoque laucéolé de Fraenkel, les staphylocoques blanc et doré. Le pneumo-bacille de Friedlander et le bacille pseudo-typhique ne s'observent pas d'une façon constante. A. CARTAZ.

J. MOLINIÉ. Trois cas d'ozène guéris par les injections sous-cutanées de sérum Roux (*Marseille méd., 1er juill. 1897*).

M. a traité six malades par les injections de sérum diphtérique à la

dose de 10 cent. cubes répétées tous les 3 ou 4 jours (12 à 15 injections). Deux sont en traitement récemment ; un 3e a refusé de continuer ; les trois autres, de 13, 18 et 20 ans, atteintes d'ozène avec atrophie de la muqueuse nasale peuvent être considérées comme guéris. A. CARTAZ.

MAGNAN. Du traitement de l'ozène par l'électrolyse interstitielle (*Thèse de Bordeaux*, *1897*).

Travail basé sur 25 observations, dans lequel l'auteur étudie le traitement de l'ozène par l'électrolyse cuprique interstitielle. Si ce traitement procède d'un principe juste (antisepsie des cavités nasales et régénération de l'activité de la muqueuse), en réalité il ne détermine qu'un arrêt temporaire des sécrétions croûteuses et de la fétidité. D'autre part, il ne paraît pas influencer le développement des germes pathogènes et des toxines sécrétées dans le cours de l'affection. VENOT.

Arthur RIVIÈRE. De l'emploi d'un nouvel agent de thérapeutique nasale (*Assoc. franç. Cong. St-Étienne*, *août 1897*).

R. a employé contre un certain nombre d'affections nasales un extrait liquide de muqueuse pituitaire, préparé par Jacquet de la façon suivante : macération de la muqueuse des cornets moyen et inférieur d'un mouton dans de l'eau résorcinée à 4 0/00, soumise à une température de 65 degrés à l'étuve, pendant vingt-quatre heures. Filtration, puis remise à l'étuve à 65 degrés pendant vingt-quatre heures.

Les résultats ont été analogues à ceux obtenus par d'autres substances actives dans des cas de perforation de la cloison, de rhinite sèche, de syphilis nasale rebelle.

Dans un cas d'ozène grave et ayant récidivé après divers traitements, dont l'électrolyse, les applications d'extrait suivant le nettoyage, ont été suivis d'une disparition rapide de l'odeur, puis d'une amélioration de tous les symptômes et de la muqueuse qui a paru à Rivière supérieure à ce qui est généralement obtenu avec des traitements moins inoffensifs ou plus difficiles. A. C.

BÉGOUIN. Sarcome des fosses nasales avec volumineux ganglions rétro-pharyngiens (*Journ. méd. Bordeaux*, *27 juin 1897*).

Homme âgé de 72 ans. Depuis 8 mois, coryza, obstruction des fosses nasales, perte de l'odorat. L'examen de la face ne décèle rien, soit du côté des narines, du nez, de l'orbite ou du sinus maxillaire. Le muscle sterno-mastoïdien droit est soulevé par une masse ganglionnaire volumineuse, dure et indolente, qui existe depuis un mois au dire du malade.

Le voile du palais est repoussé en bas et en avant par deux tumeurs grosses comme des petits œufs de poule, situées au-devant de la colonne vertébrale de chaque côté de la ligne médiane. Ces deux tumeurs, dures et indolentes au toucher, sont manifestement des ganglions rétro-pharyngiens.

Le doigt, recourbé en crochet et introduit dans la partie supérieure du

pharynx, fait sentir au niveau de l'orifice postérieur des fosses nasales une tumeur aplatie, dure et cependant friable, dont on apprécie mal les limites.

Une parcelle en a été enlevée et examinée au microscope. C'est du sarcome très net.

Ce fait est intéressant, car les adénopathies sarcomateuses sont rares.

OZENNE.

I. — LELAND. A case of adeno-carcinoma of the nose (*N.-York med. Journ. p. 663, 13 nov. 1897*).

II. — HOPKINS et WRIGHT. Adeno-carcinoma of the nose (*Ibid., p. 657*).

I. — Un homme de 50 ans se plaint depuis trois mois d'obstruction nasale, d'épistaxis et de douleurs névralgiques faciales du côté droit. A l'examen, on trouve l'œil droit dévié, les narines obstruées par une masse polypeuse grisâtre qui remplit également le naso-pharynx, surtout à droite : des hémorragies répétées affaiblirent le patient qui succomba six mois environ après le début des accidents.

Autopsie : les fosses nasales sont remplies par une tumeur ayant son origine dans les cellules ethmoïdales : la tumeur est infiltrée de pus et envoie un prolongement dans le sinus maxillaire droit.

Il s'agissait d'un adénome, avec, sur quelques points, l'aspect d'un véritable carcinome.

II. — Un homme de 83 ans souffrait depuis 12 ans d'une obstruction de la fosse nasale gauche et d'un écoulement aqueux abondant de cette narine. Il y a six ans, l'ablation d'une très minime portion de la tumeur fut suivie d'une hémorragie intense ; quelque temps après la tumeur fut extirpée en presque totalité : on porta le diagnostic de myxome. Puis la tumeur a récidivé, a envahi les fosses nasales et le naso-pharynx. Un fragment est extirpé pour l'examen et aussitôt survient une hémorragie violente : le diagnostic microscopique fut adéno-carcinome.

Wright a dressé un tableau de 23 cas de carcinome du nez avec examen microscopique : 9 concernaient des femmes et 13 des hommes : 9 cas ont été observés de 50 à 60 ans ; 6 au-dessus de 60, et 7 au-dessous de 50 ans ; 2 cas ont été observés à 31 ans chez des femmes. La durée ne semble pas dépasser 3 ans.

De même que les tumeurs bénignes, les tumeurs malignes prennent le plus souvent naissance sur la cloison.

P. MAUBRAC.

C. BENDA et Fr. BORCHERT. Laryngocèle ventricularis als Todesursache (*Berlin. klin. Woch., 9 août 1897*).

Homme de 43 ans, grand buveur, de famille tuberculeuse, enroué depuis l'âge de 16 ans, sans avoir jamais eu d'accès de suffocation. Admis pour phtisie avancée des poumons avec épanchement pleurétique, au bout de quelques jours, il est pris de délire alcoolique aigu et meurt brusquement.

Autopsie : œdème des espaces sous-arachnoïdiens ; bonchite purulente et caséeuse ; foyers caséeux multiples de bronchopneumonie ; dilatation et hypertrophie du ventricule droit du cœur.

Vestibule du larynx obturé par un diverticule emphysémateux du sinus de Morgagni. Le vestibule du larynx est rempli par la saillie globuleuse de la paroi laryngée du repli aryépiglottique gauche et de la muqueuse de la fausse corde vocale correspondante. Celle-ci, qui a conservé sa forme et sa situation,

se trouve appliquée sur la vraie corde vocale et ferme ainsi l'entrée du ventricule. La tumeur est molle, dépressible et élastique comme une aérocèle; disparaissant momentanément sous la pression du doigt, elle ne tend pas à se reproduire spontanément. Le ventricule gauche de Morgagni est légèrement dévié en dehors et en haut. Du sommet de l'arrière-cavité naît un étroit canal, perméable pour une grosse soie, qui se dirige obliquement en avant et en haut pour déboucher obliquement par une fossette dans une grande cavité tapissée de muqueuse. Cette cavité, placée horizontalement, comprend une partie intralaryngée et une partie extralaryngée. La première est oviforme; l'un de ses pôles correspond à la saillie en dedans de la fausse corde vocale; l'autre, à un léger étranglement par lequel le sac se continue avec la portion située en dehors du larynx. Cette portion extralaryngée du diverticule est recouverte en haut par la muqueuse du sinus piriforme et la base de la langue et elle s'étend en dehors et en avant jusqu'au-dessous de la corne hyoïde, en se prolongeant entre les muscles qui descendent de l'os hyoïde. Le diverticule a une longueur totale de 4 1/2 centimètres dont 2 1/2 pour sa portion laryngée; sa largeur est de 2 centimètres, un peu moindre dans la portion extralaryngée. Ses parois sont revêtues d'épithélium vibratile. A droite, le ventricule de Morgagni est normal. J. B.

SOCA. Sur la laryngite striduleuse avec tirage permanent (*Arch. de méd. des enf., janv. 1898*).

L'auteur rapporte 4 observations d'enfants âgés de 2 ans 1/2 à 7 ans, chez qui les phénomènes de dyspnée permanente avec tirage sus et sous-sternal, durèrent 6, 9, 30 et même 46 jours. L'examen laryngologique montra qu'il ne s'agissait pas de diphtérie prolongée ni d'adénopathie trachéo-bronchique. Il existait seulement de la laryngite sous-glottique, au moins dans un cas. H. LEROUX.

PLUDER. Fall von chronischem Schleimhautpemphigus der oberen Athmungwege (*Berlin. klin. Woch., n° 20, p. 433, 17 mai 1897*).

L'intérêt de ce cas résulte de l'absence de pemphigus sur la peau ainsi que sur la muqueuse buccale. L'affection qui date de 6 ans a débuté par la paroi pharyngée postérieure. Actuellement elle occupe les muqueuses nasale, pharyngée, naso-pharyngée et laryngée. Cette dernière, qui est la plus malade, offre sur l'épiglotte et les ligaments ary-épiglottiques, les taches caractéristiques, rappelant des escarres caustiques; toute la muqueuse atteinte présente de l'induration et du gonflement; l'épiglotte est épaissie et rigide. La luette est également courte et volumineuse en raison de son infiltration.

J. B.

J.-E. PLATT. Traitement des plaies des voies aériennes (*Brit. med. Journ., I, p. 1149, 1897*).

En s'appuyant sur des cas inédits qu'il rapporte, P. pose les conclusions suivantes. Les plaies du cou par suicide doivent être traitées par la suture immédiate dans tous les cas où l'état général du malade le permet. On prendra de grandes précautions antiseptiques pour pratiquer cette suture. Il est indispensable d'endormir le malade au chloroforme. La plaie sera complètement fermée; une suture spéciale sera faite sur

les muscles. Dans la plupart des cas, il sera inutile de laisser à demeure un tube trachéal. Si son maintien semblait nécessaire, on ne l'introduirait pas par la plaie accidentelle mais par une incision qu'on pratiquerait plus bas. Dans les jours suivants il sera rarement nécessaire de nourrir le malade à l'aide de la sonde ou par la voie rectale.

L'auteur estime qu'en suivant cette ligne de conduite on obtiendra la guérison de beaucoup de plaies étendues et graves, la guérison sera plus rapide, le malade ne sera pas exposé aux complications inflammatoires, et il sera à l'abri de la sténose trachéale et de la formation d'une fistule des voies aériennes. J. VANVERTS.

NEISSER. Ueber Vagoaccessoriusparalyse (*Berlin. klin. Woch., n° 12, p. 260, 22 mars 1897*).

Jeune homme pris brusquement, en pleine santé, d'enrouement et de dysphagie. Paralysie complète de la corde vocale gauche qui est en position cadavérique. La moitié gauche du voile palatin est un peu abaissée et est entraînée à droite pendant la phonation. La déglutition, très difficile, s'accompagne fréquemment d'enrouement. A l'insu du malade, il existe de la paralysie et de l'atrophie du sterno-cléido-mastoïdien et du trapèze gauche; seule, la portion moyenne de ce dernier muscle est indemne. Réaction de dégénérescence des muscles paralysés. Intégrité de la sensibilité du larynx; en l'absence de traumatisme et de tumeur, on ne peut invoquer comme cause de cette paralysie qu'une intoxication saturnine, une névrite toxique. Le malade travaille depuis des années dans les couleurs de plomb, bien qu'il ne présente pas d'autres symptômes d'empoisonnement. J. B.

LICHTY. Only a drop of water (Une goutte d'eau seulement) (*Journ. Amer. med. Ass., 10 avril 1897*).

Sous ce titre fantaisiste, L. décrit un procédé très simple destiné à entretenir une humidité salutaire dans la canule des trachéotomisés : y introduire au moyen d'un compte-gouttes une solution normale d'eau salée par deux ou trois gouttes chaque fois et répéter la manœuvre aussi fréquemment qu'il sera indiqué par les circonstances. Sous l'influence de cet artifice, les violentes crises dyspnéiques qui accompagnent si souvent les manœuvres faites sur la canule pour en chasser les mucosités et les membranes durcies et desséchées seraient supprimées et les exsudats seraient expulsés aisément. CART.

SIMMONDS. Ueber Formveränderungen der Luftröhre (*Berlin. klin. Woch., n° 20, p. 433, 17 mai 1897*).

Pour se rendre compte de la configuration et de la direction de la trachée, Simmonds, avant de l'inciser, en a fait, dans plusieurs centaines de cas, des moulages en plâtre qui lui ont permis de reconnaître 3 catégories de déformations, déviations, rétrécissements et dilatations. Parmi les déviations, la seule ayant un intérêt pratique est la scoliose à convexité gauche de la partie inférieure de la trachée qui est excessivement fréquente. Elle se combine souvent avec un aplatissement de la paroi

antérieure du conduit au-dessous de son milieu, ou avec la formation de sillons sur cette paroi ; toutefois, l'aplatissement peut exister indépendamment de la scoliose. L'une et l'autre déformations sont dues à la pression exercée par le tronc artériel brachio-céphalique et surviennent surtout quand le tissu intermédiaire à la trachée et à l'artère est très mince et ferme, ou quand l'artère a des parois à la fois très larges et très résistantes. Une deuxième empreinte vasculaire se montre au côté gauche de la trachée, immédiatement au-dessus de la bronche gauche et est l'effet de la pression exercée par la crosse aortique ; hors le cas d'anévrisme, elle est peu marquée.

Les rétrécissements de la trachée sont produits, très fréquemment, en dehors des anévrismes et tumeurs, par des goitres sans se révéler cliniquement. Mais les rétrécissements de beaucoup les plus communs sont occasionnés par l'ossification des cartilages trachéaux ; ces rétrécissements, qui affectent toujours la forme de fourreau de sabre, sont souvent aussi considérables que ceux causés par d'énormes goitres. Ce rétrécissement sénile de la trachée, dont le calibre peut être réduit à 1 centimètre, n'est guère connu, bien qu'il puisse entraîner des phénomènes graves chez les vieillards atteints de catarrhe.

Le rétrécissement longitudinal de la trachée ne s'observe que chez les individus encore jeunes et à cartilages élastiques. La dilatation générale de la trachée n'est pas, comme on l'enseigne, liée à un âge avancé ; les vieilles gens ont bien plus communément la trachée rétrécie que dilatée. L'ectasie diffuse se rencontre à tous les âges et est indépendante d'altérations morbides des voies aériennes ; en revanche, les dilatations circonscrites de la paroi postérieure sont plus fréquentes chez les personnes âgées à parois trachéales minces, mais elles deviennent rarement intense.

J. B.

RABOT. De l'intubation du larynx (*Journ. de méd. Paris, 13 fév. 1898*).

Description très détaillée du procédé de tubage, des conditions dans lesquelles on doit le pratiquer ; des accidents auxquels il peut donner lieu. Entre autres R. signale des convulsions (4 fois sur 300 cas) bien dues au tube puisque dès que l'on tire sur le fil, les convulsions cessent ; ces enfants doivent être trachéotomisés. R. n'a jamais vu d'ulcération des cordes ; 4 fois il a eu des adénophlegmons sous-thyroïdiens. Le spasme laryngé est fréquent après l'extraction et nécessite le tubage prolongé des semaines comme dans certains cas de trachéotomie.

A. CARTAZ.

E. FRONZ. Tubage temporäre bei der Tracheotomie (*Jahrb. f. Kinderh., XLIV, p. 10*).

Alors même que la trachéotomie s'impose, F. a pour pratique et recommande de pratiquer toujours avant l'opération le tubage temporaire. La trachéotomie chez les enfants ainsi tubés peut être faite lentement, tranquillement, sans danger, sans émotion. La durée de l'opération peut être aussi prolongée qu'il est nécessaire. Nombre de complications

opératoires : asphyxie, hémorragies, emphysème sous-cutané, décollements, plaie de la paroi trachéale postérieure, sont par suite évitées.

A.-F. PLICQUE.

L. BAR. Étude générale et essai expérimental sur l'otomycose (*Ann. mal. de l'or., déc. 1897*).

B., à propos de deux cas personnels, étudie cette affection assez rare. Il a cherché expérimentalement à déterminer si le champignon pouvait être inoculé directement dans l'oreille ; il n'a pas réussi ; il pense que pour son développement ce parasite a besoin d'un état inflammatoire préalable, d'un certain degré de ramollissement de l'épiderme et de la muqueuse.

D'après ses recherches, les agents les plus efficaces de traitement pour la destruction des spores et du mycélium de l'Aspergillus sont le nitrate d'argent, l'acide salicylique, la teinture d'iode. A. CARTAZ.

NOVÉ-JOSSERAND et CARLE. Sur un cas anormal de pneumatocèle mastoïdienne spontanée (*Lyon méd., 30 janv. 1897*).

Homme de 31 ans ; ni syphilis, ni alcoolisme nerveux. Vers l'âge de 11 ans, douleurs névralgiques du côté des oreilles sans écoulement. A 15 ans, vertiges, de nature probablement hystéro-épileptique. Apparition de tumeurs de la région mastoïdienne, plus marquée à droite qu'à gauche, intermittentes, se gonflant dans les accès de colère. Depuis 10 jours, douleurs, vertiges, vomissements, état fébrile. A droite, tumeur de forme oblongue à la région mastoïdienne, résistante mais non réductible, se gonflant dans l'effort ; pas sonore. Rien au tympan ni dans le conduit auditif. Temp. 39°. A gauche on ne trouve pas de tumeur. Incision donnant, avec des bulles d'air, du pus, pas d'orifice dans l'os, pas d'exostoses. Guérison radicale, plus de vertiges intenses, mais toujours un peu d'obnubilation.

Il s'agit là d'une pneumatocèle enflammée, par apport de germes infectieux par l'air. Les auteurs pensent qu'il s'agit d'une pneumatocèle par persistance de la fissure squamo-pétreuse. A. CARTAZ.

A. GARROD. Ulcerative endocarditis secondary to disease of the middle ear (*The Lancet, p. 380, 6 fév. 1897*).

Un homme de 39 ans, atteint d'endocardite valvulaire aortique consécutive à une otite moyenne, présenta une pneumonie de la base inférieure à laquelle il succomba.

Les cultures du pus de l'oreille moyenne et du sang du cœur montrèrent des colonies abondantes de pneumocoques, quelques-unes de streptocoques, et quelques-unes de staphilocoques et de *coli commune*. Sur les coupes des végétations de l'endocarde on retrouvait le pneumocoque.

Le cœur présentait une anomalie : les valvules aortiques étaient au nombre de deux seulement, et Garrod suppose que les lésions cardiaques congénitales, de même que les lésions acquises, peuvent constituer un lieu d'élection pour une nouvelle infection. P. MAUBRAC.

P. COLLINET. Suppurations du cou consécutives aux affections de l'oreille moyenne, de la mastoïde et du rocher (*Thèse de Paris, 1897*).

Monographie des mieux documentées, dans laquelle l'auteur étudie, d'après 233 observations personnelles ou colligées dans divers recueils, les suppurations à distance succédant aux otites suppurées. Cette propagation se fait par trois voies : lymphatique, veineuse ou par propagation directe.

La première variété comprend l'adéno-phlegmon, l'adénite chronique, l'abcès froid ganglionnaire.

La deuxième, les suppurations par phlébite de la jugulaire, de la veine mastoïdienne et les abcès métastatiques.

Les suppurations par propagation directe ont été observées sur divers points et comprennent : les abcès superficiels, ceux de la gaine des sterno-mastoïdiens, les abcès par perforation de la pointe de l'apophyse, perforation de la fossette digastrique, de la scissure de Glaser, etc.

C. décrit ces diverses variétés dont il a recueilli de nombreux exemples, discute le diagnostic, les conditions dans lesquelles on doit intervenir et la technique de cette intervention. C'est un travail très complet et très soigné. A. CARTAZ.

C. POLI. Complicazioni endocraniche della otite media purulenta (*Arch. ital. di otol., VII, p. 1*).

1° Fille de 17 ans. Otite suppurée gauche, cholestéatome, thrombo-phlébite septique du sinus latéral, pyohémie. Ouverture du sinus, ligature et section de la jugulaire. Guérison.

2° Homme de 23 ans. Otite suppurée gauche, phlébite du sinus, pyohémie. Ouverture du sinus, ligature de la jugulaire. Abcès métastatiques, méningite, hémorragie du sinus. Mort.

3° Sourd-muet de 19 ans. Otite gauche, phlébite du sinus, pyohémie, abcès du cervelet. Ouverture du sinus et de l'abcès. Guérison.

4° Garçon de 16 ans. Otite gauche, cholestéatome, phlébite du sinus. Abcès du lobe temporo-sphénoïdal. Ouverture du sinus et de l'abcès. Mort.

5° Garçon de 14 ans. Otite droite. Lepto-méningite cérébro-spinale, ponction lombaire. Mort. A. CARTAZ.

LERMOYEZ. Un signe de la thrombose du sinus longitudinal supérieur (*Ann. mal. de l'or., déc. 1897*).

Femme de 30 ans, otorrée ancienne. Entrée à l'hôpital pour des accidents de septicémie grave dus à une suppuration de l'oreille droite remontant à trois mois. Douleurs vives à la région temporo-occipitale, cordon dur formé par la jugulaire thrombosée; thrombo-phlébite probable du sinus latéral. On décide d'intervenir le lendemain ; mais la situation s'est aggravée, un phénomène nouveau est survenu, sur lequel L. appelle l'attention comme un signe diagnostique de grande valeur de la thrombose du sinus longitudinal supérieur, la dilatation de toutes les veines du cuir chevelu, sans participation des veines de la face. Malgré une intervention très large, l'évacuation d'un abcès extradural, la thrombose des sinus est trop étendue pour enlever les limites du caillot. La malade meurt dans le coma la nuit suivante. L'autopsie confirme le diagnostic. A. CARTAZ.

Robert LEWIS. Angeioneurotic œdema of the tongue (langue) (*New-York med. Journ., p. 494, 9 oct. 1897*).

Une femme de 48 ans vint, il y a un an, consulter R. L. pour une otite moyenne chronique purulente, avec perforation du tympan et fongosités dans le conduit. Le tissu de granulation fut enlevé à l'aide de la curette, et on cautérisa la base du canal avec de l'acide chromique. Quelque temps après, la malade raconta que, durant la nuit qui avait suivi la cautérisation, sa langue était devenue tuméfiée, à ce point que la respiration fut très gênée pendant plusieurs heures.

Six mois plus tard, la malade revient, se plaignant de nouveau d'un écoulement par l'oreille. Quelques granulations existaient qu'on détruisit à l'aide de l'acide chromique. Douze heures après, la langue augmenta de volume, si rapidement qu'en moins de deux heures la malade ne pouvait plus tirer la langue, fermer la mâchoire, et en même temps, la gêne respiratoire devint telle qu'on fut sur le point de pratiquer la trachéotomie ; peu à peu l'œdème diminua, après avoir persisté plus de 12 heures ; il n'y avait aucun signe anormal d'inflammation, soit de la membrane du tympan, soit du canal auditif, du pharynx ou de la cavité buccale. P. MAUBRAC.

OSTMANN. Stichverletzung des rechten Opres (*Berlin. klin. Woch., p. 925, 12 oct. 1897*).

Homme de 32 ans, ayant depuis un an une suppuration continue de l'oreille droite, rebelle à tous les traitements. Dans sa partie profonde, le canal auditif est rempli de granulations saignantes à travers lesquelles le stylet vient heurter, en arrière et en haut, contre un corps dur et rugueux. Destruction des granulatiens en deux séances avec la curette et le galvanocautère, tamponnement du conduit pour arrêter l'hémorragie. Lorsque le tampon fut retiré, on aperçut entre les granulations, à 31 millimètres de la face externe du tragus, dans l'angle formé par les parois supérieure et postérieure du conduit, un point noir faisant partie d'un corps étranger métallique, à surfaces rugueuses, implanté obliquement dans l'apophyse mastoïde. Pressé de questions, le malade parvint enfin à se rappeler que, 12 ou 13 ans auparavant, il avait reçu, en avant de l'oreille droite, un coup de couteau qui avait presque entièrement détaché le tragus et occasionné une otorragie très abondante. Il s'agissait donc de la pointe du couteau qui était restée dans l'oreille pendant 11 ou 12 ans sans donner lieu à aucun symptôme et dont les premiers efforts d'élimination s'étaient traduits par un écoulement de pus. Opération ; extraction du corps étranger et guérison. J. B.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année ou le volume ne sont pas indiqués sont de 1897

A

Abcès. — DUPLAY. Traitement des abcès par congestion. (*Semaine méd.*, 24 nov.) — YOUNG. Traitement chirurgical des abcès lombaires pottiques. (*Med. News*, 29 nov.)

Abdomen. — VERDELLI. Des ascites chyliformes. (*Morgagni*, déc.) — VOIGT. De la tuberculose abdominale. (*Thèse d'Iéna.*) — MAUCLAIRE. Observations de contusion de l'abdomen. (*Soc. anat. Paris*, 3 déc.) — A. DEMONS. Des contusions de l'abdomen, et discussion. (*11e Congr. chir. Paris*, p. 68 et suiv.) — BUEDINGER. Des plaies de l'abdomen par instrument piquant. (*Arch. f. klin. Chir.*, LVI, p. 168.) — MAGNIAUX. Plaie pénétrante de l'abdomen. (*Normandie méd.*, 1er nov.) — MEIGS. 3 cas de blessures abdominales par coups de poignard; laparotomie, guérison. (*Boston med. surg. journ.*, 9 déc.) — MARTEL. Contusion de la paroi abdominale, rupture de la paroi avec intégrité relative des téguments, hernie intestinale sous-tégumentaire, réduction et suture, restauration complète de la sangle abdominale. (*Lyon méd.*, 28 nov.) — BREUER. Traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen. (*Thèse de Bonn.*) — ARDOUIN. Enorme fibro-sarcome de la paroi abdominale. (*Soc. anat. Paris*, 19 nov.) — DUCHÊNE-MARULLAZ. Des fibro-myomes de la paroi abdominale. (*Thèse de Lyon.*) — BRAULT et ROUGER. Fausses tumeurs de l'abdomen. (*Presse méd.*, 18 déc.) — TIXIER. Pratique de l'éviscération en chirurgie abdominale; du choc abdominal. (*Thèse de Lyon.*)

Accouchement. — BRENUGAT. Étude historique de l'enseignement obstétrical en Bretagne et principalement à Rennes. (*Thèse de Paris.*) — SCHWARTZ. Desiderata de l'hygiène dans la pratique des accouchements à domicile. (*Deutsche Viertelj. f. oeffentl. Gesund.*, XXIX, p. 480.) — ESTRADE. Accouchement chez les Annamites. (*Arch. de méd. nav.*, nov.) — BRUTZER. Le régime des accouchées. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXVII, p. 391.) — MOR-

TAGNE. De l'accouchement méthodiquement rapide. (*Thèse de Paris.*) — BUMM. De la fièvre éphémère chez les accouchées. (*Cent. f. Gyn.*, 13 nov.) — KNAPP. Etiologie et signification de l'écoulement de méconium. (*Arch. f. Gyn.*, LIV, p. 570.) — OUI. La ligature et le pansement du cordon ombilical. (*Echo méd. Nord*, 7 nov.) — GALGA. De la délivrance dans l'accouchement à terme ou près du terme avec enfant vivant. (*Thèse de Paris.*) — UEBERSCHAER. Sur l'emploi de la cornutine. (*Thèse de Breslau.*) — VOGT. Sur l'emploi des instruments dans la pratique des sages-femmes. (*Norsk Mag.*, nov.) — BROUILLARD. De l'emploi du formol en obstétrique. (*Thèse de Bordeaux.*) — HARTIGAN. Poids anormal d'un nouveau-né, 18 livres. (*N.-York med. j.*, 13 nov.) — VALLET. Du dégagement en occipito-sacrée. (*Thèse de Bordeaux.*) — MOTTA. De la présentation occipito-pariétale. (*Arch. f. Gyn.*, LIV, 506.) — VARNIER. De l'attitude de la tête au détroit supérieur et du mécanisme de son engagement. (*Ann. de Gyn.*, nov.) — TÖTH. Emploi du forceps dans les bassins étroits. (*Arch. f. Gyn.*, LV, p. 12.) — MUELLER. Sur l'emploi en obstétrique du ballon élastique et du ballon rigide. (*Münch. med. Woch.*, 12 oct.) — WINTERNITZ. Fréquence et pronostic des applications de forceps à la clinique universitaire de Tubingue. (*Berlin.*) — REYNOLDS. Un cas d'oophorectomie au cours du travail (*Boston med. surg. journ.*, 23 déc.) — STSCHETKIN. Drainage par la voie lombaire dans les ruptures de l'utérus et du vagin pendant l'accouchement. (*Cent. f. Gyn.*, 25 déc.) — TUTTLE. Les lésions provoquées par l'accouchement, le moment, la méthode et les raisons de leur réparation. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 25 déc.) — MEYER. 4 faits de la pratique obstétricale : 1° atrésie du museau de tanche par vaginite ; 2° et 3° œdème sanglant aigu de la lèvre antérieure ; 4° grossesse imaginaire. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 juin.) — MEYER-WIRZ. Oblitération du vagin chez une femme en couches. (*Ibid.*, p. 372.) — NORDMANN. Des lésions par pression. (*Cent. f. Gyn.*, 13 nov.) — BOUSQUET. Etiologie et pathogénie de l'hydramnios aiguë. (*Thèse de Bordeaux.*) — EVERKE. Déchirures complètes du vagin pendant l'accouchement. (*Berlin. klin. Woch.*, 11 oct.) — ADLER et WERMEILLE. Dystocie par hydrocéphalie. (*Rev. méd. Suisse romande*, août.)

Acromégalie. — ANTONINI. Un cas d'acromégalie partielle. (*Arch. di psich.*, XVIII, 2.) — LÉVY. Autopsie d'un cas d'acromégalie. (*Berl. klin. Woch.*, 19 avril.) — HANSEMANN. De l'acromégalie. (*Ibid.*, 17 mai.) — D'ESTERRE. Un cas d'acromégalie. (*Brit. med. j.*, 4 déc.) — GARNIER et SANTENOISE. Manie aiguë chez une acromégalique. (*Arch. de neurol.*, déc.) — ROLLESTON. Traitement de l'acromégalie par les extraits de thyroïde et de thymus. (*Lancet*, 4 déc.)

Addison (Mal. d'). — GRUBE. Maladie d'Addison chez un garçon de 7 ans. (*Berl. klin. Woch.*, 22 nov.) — EBSTEIN. Symptômes péritonitiques au début de la maladie d'Addison. (*Deut. med. Woch.*, 11 nov.) — GOUGET. Maladie bronzée avec attaques épileptiformes, dégénérescence caséeuse des capsules surrénales, sclérose des ganglions semi-lunaires, tubercule cérébral. (*Soc. anat. Paris*, 31 juil.)

Air. — DE COYON. Action des variations de la pression atmosphérique sur l'organisme. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXIX, p. 92.) — LEWASCHEW. Dosage de l'acide carbonique dans l'air. (*Hyg. Runsdsch.*, 1er mai.) — LIEBIG. Pourquoi il est impossible de siffler dans l'air fortement comprimé ou fortement décomprimé. (*Münch. med. Woch.*, p. 255, 9 mars.) — HELLER, MAYER et SCHOTTER. Remarque sur le travail de Liebig. (*Ibid.*, 6 avril.) — KIRBY et O'MALLEY. De la thermothérapie ou emploi de l'air chaud. (*Ther. Gaz.*,

15 nov.) — Immelmann. Du traitement des affections respiratoires par l'air comprimé et raréfié. *(Berlin. klin. Woch.*, 19 avril.)

Albumine, urie. — Achard, Weill et Gourdet. Albumine urinaire soluble dans l'acide acétique chez un brightique. (*Soc. de biol.*, 18 déc.) — Gachet et Paton. Du pouvoir digestif du duodenum vis-à-vis de l'ovalbumine. (*Ibid.*) — Hopkins, Gowland, Brook. Des dérivés halogènes des protéides. *(J. of phys.*, XXII, p. 184.) — Munk. Voies de résorption de l'albumine alimentaire. (*Cent. f. Phys.*, XI, p. 585.) — A. Wroblewski. Classification des substances protéiques. (*Ibid.*, XI, p. 668.) — Mays. Albuminoïdes musculaires non coagulables. *(Zeit. f. Biol.*, XXXIV, p. 268.) — Krummacher. Influence des repas multiples sur la destruction de l'albumine. (*Ibid.*, XXXV, p. 471.) — E. Salkowski. Action de l'eau surchauffée sur l'albumine. (*Ibid.*, XXXIV, p. 190.) — Bouchard. Répartition comparative dans les divers émonctoires de l'Az et du C de l'albumine élaborée. (*Soc. de biol.*, 6 nov.) — Pickering. Sur de nouvelles substances colloïdales analogues aux albuminoïdes, dérivées d'une nucléo-albumine. (*Acad. des sc.*, 6 déc.) — Flensburg. Albuminurie passagère. (*Arch. f. Phys.*, VII, p. 97.) — Caillard. Du pronostic de l'albuminurie survenant pour la première fois chez une multipare. (*Thèse de Paris.*) — Perret. De l'albuminurie des nouveau-nés, rapports avec l'albuminurie et l'éclampsie maternelles. (*Ibid.*)

Alcool, isme. — Destrées. Influence de l'alcool sur le travail musculaire. (*J. méd. Bruxelles*, nov.) — Forel. L'alcool paralyse-t-il ou stimule-t-il le travail musculaire ? *(Corresp.-Blatt. f. schw. Aerzte*, 15 nov.) — Sahlé. Réplique à Forel. (*Ibid.*) — Forel. Réponse à Sahlé. (*Ibid.*, 15 nov.) — Garber. La valeur thérapeutique de l'alcool. (*Journ. Amer. med. Ass.*, 13 nov.) — Quimby. L'alcool dans la médecine moderne ; son rôle comme agent thérapeutique. *(Ibid.*, 13 nov.) — Deléarde. De l'alcoolisme expérimental et de son influence sur l'immunité. (*Echo méd. Nord,* 5 déc. et *Ann. Inst. Pasteur*, XI, p. 837.) — Aubry. L'alcoolisme en Basse-Bretagne. (*Gaz. méd. Nantes*, 4 déc.) — Vallin. La lutte contre l'alcoolisme. (*Rev. d'hyg.*, oct.) — Rodiet. L'alcoolisme chez l'enfant. (*Thèse de Paris.*) — Société vaudoise de médecine. Sur l'alcoolisme. (*Rev. méd. Suisse romande*, nov.) — Sparks. L'alcoolisme chez les femmes, ses causes, ses conséquences et son traitement. (*Med. Record*, 13 nov.) — Richard. Les cafés de tempérance à l'étranger. *(Rev. d'hyg.*, déc.) — De Colbert-Laplace. La consommation des diverses espèces d'alcool et l'état physique des populations de nos départements. (*Rev. scientif.*, 20 nov.) — Faidherbe. La consommation des boissons alcooliques à Roubaix. (*Mouv. hyg.*, juin.) — Bargy. L'alcoolisme au point de vue de la prophylaxie et du traitement. (*Thèse de Paris.*) — A. Vallin. La cirrhose des buveurs et le plâtrage des vins. *(Rev. d'hyg.*, oct.) — Gaucher. Des déformations persistantes irréductibles des pieds dans les paralysies alcooliques. (*Thèse de Paris.*) — Péron. Typhlite gangréneuse par intoxication alcoolique aiguë chez le cobaye. (*Soc. de biol.*, 20 nov.) — Osipoff. Sur l'origine corticale des attaques épileptiques provoquées chez le chien par l'essence d'absinthe. (*Revue russe de psych.*, déc.) — Weinstock. De la polynévrite alcoolique. (*Thèse d'Erlangen.*)

Aliénation. — Lombroso. Les conquêtes de la psychiatrie. *(Rev. scientif.*, 6 nov.) — Charon. De l'organisation médicale des asiles d'aliénés. (*Ann. méd. psych.*, nov.) — De Montyel. La construction des établissements d'aliénés d'après les données nouvelles. (*Ann. d'hyg.*, déc.) — Morin-Goustieux. Projet d'asile d'aliénés à Trieste. (*Revue d'hyg.*, déc.) — Moulton-

L'internement chez les particuliers des aliénés pauvres en Massachusetts. (*Boston med. surg. J.*, 16 déc.) — MITCHELL. Les aliénés pauvres hospitalisés chez des particuliers en Massachusetts. (*Ibid.*, 4 nov.) — HILDRETH. L'hospitalisation publique des aliénés en Massachusetts. (*Ibid.*, 4 nov.) — MARANDON DE MONTYEL. L'internement des aliénés. (*Ann. d'hyg.*, juin.) — GARNIER. Internement des aliénés, thérapeutique et législation (In-8°, *Paris.*) — WHITE. La relation du sexe avec la mentalité. (*Med. Record*, 6 nov.) — FRANCE. La tuberculose chez les aliénés, prophylaxie. (*J. of mental sc.*, oct.) — TOMLINSON. Examen bactériologique de l'écorce et du liquide rachidien dans 47 cas d'aliénation. (*Amer. j. of insan.*, oct.) — STEARNS. L'hérédité dans l'aliénation. (*Ibid.*) — RIEDEL. De la contagion psychique et de la folie communiquée (avec une observation de délire de persécution chez deux époux. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, oct.) — MITCHELL. Analyse de 3,000 cas de mélancolie. (*J. of nerv. dis.*, déc.) — LE GROIGNEC. Des impulsions et des obsessions impulsives. (*Thèse de Bordeaux.*) — CENI. Sur le délire aigu. (*Riv. sper di freniat.*, XXIII, p. 796.) — MINGAZZINI. De la démence post-apoplectique. (*Ibid.*, p. 804.) — CHANNING. Caractéristique de la démence. (*Boston med. surg. J.*, 9 déc.) — BANCROFT. Deux cas de démence homicide, amnésique et transitoire (*Ibid.*, 14 oct.) — PELANDA. Folie circulaire. (*Arch. di psich.*, XVIII, 2.) — IMBERT. Le délire dans la jalousie affective. (*Thèse de Bordeaux.*) — WOODS. Folie à deux chez quelques membres d'une même famille. (*J. of mental sc.*, oct.) — SOMERS. Genres de mort peu communs chez les aliénés. (*Med. Record*, 6 nov.)

Alimentation. — COGGI. Action de NaCl sur l'absorption des graisses. (*Arch. ital. de biol.*, XXVIII, p. 315.) — SYRTZOW. Sur l'absorption de la graisse et de l'amyloïde dans le tissu sous-cutané. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — W. PRAUSNITZ. Recherches sur la digestion. Introduction, p. 287. — Joseph MOELLER. Les aliments végétaux dans les excréments humains, p. 291. — Fritz KERMAUNER. Présence et dosage de la viande dans les excréments, p. 316. — W. PRAUSNITZ. Influence de l'alimentation sur la composition des fèces, p. 335. — Hans HAMMERL. Influence de l'alimentation sur les bactéries des fèces, p. 335. — Institut d'hygiène et de pharmacologie de Gratz. (*Zeits. f. Biologie*, XXXV, p. 287-377.) — Otto FRANK. Méthode pour dégraisser la viande. (*Zeits. f. Biologie*, XXXV, p. 549.) — Erwin VOIT. Dosage de la graisse. (*Ibid.*, XXXV, p. 555.) — V. KORANYI. Études physiologiques et cliniques sur le pouvoir osmotique des liquides animaux. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXIII, p. 1.)

Allaitement. — CHAUVENET. De l'allaitement artificiel. (*Thèse de Paris.*) — G. LEPAGE. Note sur l'allaitement des nouveau-nés à terme par leur mère. (*Revue d'hyg.*, juin.) — KRAFFT. Influence de la position des seins sur l'allaitement. (*Rev. médic. Suisse romande*, nov.) — REMY. Salicylate de soude et allaitement. (*Revue méd. de l'Est.*, 1er juin.)

Amputation. — HAECKEL. 2 cas d'amputation scapulo-humérale de Berger. 1 pour ostéosarcome, l'autre pour tuberculose. (*Berlin. klin. Wochens.*, 20 déc.) — BERGER. Résection totale de l'omoplate et de l'extrémité externe de la clavicule pour un sarcome récidive de l'épaule droite. (*Bull. Soc. chir.*, XXIII, p. 571.) — ORTEGA Y JINSENCEZ. Étude sur la désarticulation de la hanche. (*Thèse de Madrid.*) — BAUBY. Désarticulation de la hanche, méthode de Wyeth. (11e *Cong. chir. Paris*, p. 722.) — BOSC. Amputation de cuisse chez une femme de 37 ans pour arthrite déformante du genou. (*Berlin. klin. Wochens.*, 26 juillet.) — LA BONNARDIÈRE. De la désarticulation tibio-tarsienne avec lambeau talonnier double du périoste calcanéen, ses

résultats au point de vue de la reconstitution du talon. (*Rev. de Chir.*, sept.) — LANZ. Amputation ostéoplastique de la jambe. (*Cent. f. Chir.*, 4 déc.) — FRANKE. De l'amputation du col du fémur à la place de la désarticulation de la hanche, hémostase par la constriction élastique du ventre. (*Ibid.,* 13 nov.) — SIBELIUS. Des altérations du système nerveux et particulièrement des neurones spinocutanées après les amputations. (*Finska läkar. handlingar*, XXXIX, p. 1379.)

Aorte. — BACKHAUS. De la mésartésite syphilitique et de ses rapports avec la formation des anévrismes de l'aorte. (*Thèse de Kiel.*) — STRŒBE. De l'aortite tuberculeuse. (*Cent. f. all. Path.*, 31 déc.) — MANGIOULI. Un cas d'étroitesse congénitale de l'aorte. (*Giorn. med. del R. Eserc.*)

Amygdale. — RETTERER. Epithélium et tissu réticulé, amygdales. (*J. de l'anat.*, sept.) — HOPKINS. Adénoïdes et amygdales hypertrophiées chez l'enfant. (*N.-York med. j.*, 18 déc.) — BOWEN. Hypertrophie de l'amygdale linguale. (*Ibid.*, 25 déc.) — DELAVAN. Ulcération tertiaire simulant un sarcome de l'amygdale. (*Ibid.*, 4 déc.) — WHITAKER. Affections chroniques des amygdales (*Laryngoscope*, nov.) — HUGUES. Des abcès chroniques des amygdales. (*Rev. heb. de lar.*, 30 oct.) — LESTER. Pince pour arrêter l'hémorragie dans l'amygdalotomie. (*Laryngoscope*, oct.) — HILL. Papillomes de l'amygdale. (*London lar. Soc.*, 10 nov.) — HARTMAN. Angiome de l'amygdale (*N.-York med. J.*, 25 déc.)

Anémie. — JAWEIN. Un cas d'anémie splénique pseudo leucémique. (*Berl. klin. Woch.*, 16 août.) — MOLLE. De l'anémie des garçons. (*Loire méd.*, 15 nov.) — FABER. Anémie pernicieuse dans un cas de double rétrécissement de l'intestin grêle. (*Berlin. klin. Wochens.*, 26 juillet.) — GAUDIN. Anatomie pathologique et étiologie de l'anémie pernicieuse chronique. (*Thèse de Lyon.*)

Anesthésie. — RADESTOCK. La question de l'anesthésie. (*Therap. Monats.*, nov.) — LUCKETT. 10 années d'anesthésie, 10,221 cas, 1 mort, à Sinaï hospital. (*Med. News.*, 11 déc.) — MADURO. Nouvelle méthode d'anesthésie générale. (*Ibid.*, 27 nov.) — GRUBE. De l'anesthésie par chloroforme. (*Arch. f. klin. Chir.*, LVI, p. 178.) — KEEFE. Chloroforme et éther. (*Boston med. surg. J.*, 23 déc.) — DESGREZ et NICLOUX. Sur la décomposition du chloroforme dans l'organisme. (*Acad. des Sc.*, 6 déc.) — WALLER. Action des anesthésiques sur les nerfs. (*Brit. med. j.*, 20 nov.) — POWELL. Administration du chloroforme avec CO^2. (*Ibid.*) — KEMP. L'anesthésie par le protoxyde d'azote. (*Ibid.*) — HILL et BARNARD. Le chloroforme et le cœur. (*Ibid.*) — ETTINGER. Quelques points pratiques sur l'administration du chloroforme. (*Med. Record*, 16 oct.) — SCHWARTZ. Des paralysies post-anesthésiques. (11e *Cong. chir. Paris*, p. 688.) — MADLENER. Des paralysies dans la narcose. (*Münch. med. Woch.*, 4 sept.) — BRIEGLER. L'anesthésie par infiltration. (*Therap. Mon.*, déc.) — REICHOLD. De l'anesthésie par infiltration de Schleich. (*Münch. med. Woch.*, 19 oct.) — KRECKE. De l'anesthésie par infiltration de Schleich. (*Ibid.*, 19 oct.) — J. CUSTER. L'anesthésie par infiltration de Scheich, la cocaïne. (*Corresp.-Blatt f. schw. Aerzte*, 1er juillet.) — E. SIMONSON et S. COHN. Importance de l'anesthésie par infiltration de Schleich par le médecin praticien. (*Berlin. klin. Wochens.*, 26 juil.) — LUDWIG. L'anesthésie par le chlorure d'éthyle. (*Beit. z. klin. Chir.*, XIX, p. 639.) — RIED. De l'anesthésie par infiltration. (*Ibid.*, p. 665.) — HORNE et YEARSLEY. L'eucaïne comme anesthésique pour la gorge, le nez, l'oreille. (*Brit. med. j.*, 27 nov.) — HONIGMANN. De l'anesthésie locale (*Cent. f. Chir.*, 25 déc.)

Anévrisme. — Vestberg. Des anévrismes disséquants du cœur. (*Nord. med. Arkiv*, XXIX, 26.) — Morestin. Anévrisme du tronc brachio-céphalique. (*Soc. anat. Paris*, 19 nov.) — Hansemann. Anévrisme cardiaque. (*Berlin. klin. Wochens.*, 6 déc.) — Dittrich. Mort subite par rupture d'un anévrisme de l'artère méningée moyenne gauche. (*Prager med. Woch.*, 25 nov.) — Hale. Un cas de pouls artériel de l'artère centrale de la rétine, dû à un anévrisme de l'aorte ascendante. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, juil.) — Weil et Mascarel. Anévrismes multiples de l'aorte thoracique et abdominale, gros anévrisme de l'aorte rompu dans la gaîne du psoas. (*Soc. anat. Paris*, 17 déc.) — Rumpel. Topographie des anévrismes de l'aorte ascendante. (*Berlin. klin. Woch.*, 22 nov.) — Worthington. Mort subite par rupture d'un anévrisme thoracique dans un cas de démence. (*J. of mental sc.*, oct.) — Smith. Volumineux anévrisme thoracique. (*Med. News*, 30 oct.) — Hinde. Un cas rare d'anévrisme traumatique circonscrit de la carotide droite interne situé dans la boîte cranienne avec guérison après opération. (*J. Amer. med. Ass.*, 4 déc.) — Reverdin. Anévrisme cirsoïde d'origine infectieuse. (*11e Cong. chir. Paris*, p. 679.) — Herbet. Anévrisme poplité, extirpation du sac. (*Soc. anat. Paris*, 5 nov.) — Thompson. De l'extirpation de l'anévrisme poplité. (*Trans. Amer. surg. Ass.*, XV, p. 199.) — Robertson. Anévrisme traumatique de l'artère cubitale à la main guéri par ligature de l'artère au-dessus du poignet. (*Brit. med. j.*, 4 déc.)

Angine. — A. Herzfeld. Deux cas d'angine dus à des levures simulant le muguet. (*Berlin. klin. Wochens.*, 8 nov.) — Strauss. Angine de poitrine par artério-sclérose des coronaires. (*Thèse de Marbourg.*) — Hobhouse. Pseudo-angine de poitrine grippale traitée par la trinitrine à hautes doses. (*Dublin Journ.*, nov.) — Vierordt. L'iode dans l'angine de poitrine et l'artério-sclérose. (*Berlin. klin. Wochens.*, 12 juil.)

Angiome. — Kuester. Angiome artériel racémeux frontal. (*Berlin. klin. Wochens.*, 6 sept.) — Kalischer. Télangiectasie du cuir chevelu et de la surface du cerveau chez un enfant. (*Ibid.*, 29 nov.) — Engelbrecht. Angiome artériel racemosum. (*Arch. f. klin. Chir.*, LV, p. 347.)

Antisepsie. — Revue clinique sur la différence entre l'asepsie et l'antisepsie. (*Med. Record*, 23 oct.) — Alexandrow. Sur la valeur antiseptique de l'acide lactique. (*Arch. russes de pathol.*, 31 déc.)

Anus. — Pilliet et Pasteau. Epithélioma de la muqueuse anale. (*Soc. anat. Paris*, 5 nov.) — Grinda. Anus contre nature consécutif à une hernie crurale gauche, gangrène, entérectomie et entéroraphie, guérison. (*Bulletin Soc. de chir.*, XXXIII, p. 786.) — Elvy. Traitement du prolapsus anal aigu. (*Lancet*, 11 déc.)

Artère. — Edgren. Étude clinique sur l'artério-sclérose. (In-8°, p. 367, *Stockolm.*) — Klemm. Plaie de l'artère et de la veine poplitées. (*Cent. f. Chir.*, 13 nov.) — Krönig. Rétrécissement traumatique (cicatrice d'un coup de couteau) de la carotide primitive droite pris pour un anévrisme aortique. (*Berlin. klin. Wochens.*, 13 juil.)

Articulation. — Cunéo et Veau. De la physiologie des articulations du poignet. (*Presse méd.*, 15 déc.) — Du Bois-Reymond. L'articulation en selle. (*Arch. f. Anat., phys. Abth.*, 5 et 6, p. 426.) — Pischinger. Trois cas d'élévation congénitale des omoplates (difformité de Sprengel). (*Münch. med. Woch.*, 21 déc.) — Dent. Sur l'arthrite déformante. (*Edinb. med. j.*, déc.) — Coke-

NOWER. La coxalgie. (*J. Amer. med. Ass.*, 30 oct.) — LANE. Traitement de quelques désordres liés à la coxalgie. (*Practitioner*, déc.) — REDARD. De la correction des attitudes vicieuses et du raccourcissement dans la coxalgie. (*11e Cong. chir. Paris*, p. 765.) — ABADIE-BAYRO. Synovectomie et résection dans les formes synoviales de tumeur blanche du genou chez l'adulte. (*Thèse de Bordeaux.*) — LORENZ. Du redressement des contractures de la hanche. (*Wiener. med. Blaetter.*, 7 oct.) — LANGLOIS. 27 observations d'arthrotomie. (*Thèse de Paris.*) — BAYER. Étiologie et traitement de la coxa-vara. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLV, p. 562.) — FOOTNER. Pathologie du genu valgum. (*Brit. med. j.*, 4 déc.) — DUBAR. Arthrite sèche du genou gauche avec un nombre considérable (319) de corps étrangers articulaires. (*Echo méd. Nord*, 14 nov.) — MANLEY. La saignée locale dans les arthrites des membres. (*J. Amer. med. Ass.*, 16 oct.)

Asthme. — W. SPIRIG. De l'asthme unilatéral. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerste*, 15 nov.) — BISHOP. Asthme des foins et coryza. (*Laryngoscope*, déc.) — LÉVY. Sur l'asthme des foins. (*Western med. Gaz.*, nov.) — REVILLIOD. Traitement de l'asthme par le sérum antidiphtérique. (*Rev. méd. Suisse romande*, nov.)

Avortement. — BELIN. De la mort subite par inhibition dans l'avortement criminel. (*Thèse de Paris.*) — NOBLES. Un cas de rétention prolongée du placenta consécutive à un avortement. (*Med. Record*, 25 déc.) — NEWMAN. Traitement de l'avortement inévitable. (*J. Amer. med. Ass.*, 27 nov.) — GARRIGUES. Traitement de l'avortement. (*Med. News*, 6 nov.)

B

Bactériologie. — ROMME. Du transport et de la transmission des bactéries par l'air. (*Rev. mal. de l'enf.*, nov.) — CAMPBELL. Déductions pratiques des recherches bactériologiques. (*Med. Record*, 23 oct.) — SOREL. Sur le passage des micro-organismes dans l'urine. (*Thèse de Toulouse.*) — PIFFARD. L'examen microscopique des bactéries. (*Med. Record*, 4 déc.) — DUCHESNE. De la concurrence vitale chez les micro-organismes, antagonisme entre les moisissures et les microbes. (*Thèse de Lyon.*) — METCHNIKOFF. Sur l'influence de l'organisme sur les toxines. (*Ann. Inst. Pasteur*, XI, p. 801.) — GARNIER. Sur la destruction des microbes dans la cavité péritonéale des cobayes immunisés. (*Ibid.*, p. 767.) — METCHNIKOFF. Recherches sur l'influence de l'organisme sur les toxines. (*Arch. russes de pathol.*, oct.) — HAHN. De l'exaltation de la résistance naturelle de l'organisme par la production d'une hyperleucocytose. (*Arch. f. Hyg.*, XXVIII.) — TEISSIER et GUINARD. A propos des congestions et des hémorragies intestinales produites par injections intraveineuses de toxines microbiennes. (*Lyon méd.*, 12 déc.) — LAMBOTTE et BOSSAERT. Sur le diagnostic pratique de quelques microbes par les substances chimiques agglutinantes. (*Arch. méd. belges*, déc.) — OTTOLENGHI. Influence des bactéries sur la toxicité des alcaloïdes. (*Arch. it. de biol.*, XXVIII, p. 29.) — MARRIS. La production de HS, d'indol et de mercaptan par les bactéries. (*Arch. f. Hyg.*, XXX, 4.) — CANTANI. Emploi de sperme

comme substance de culture. (*Cent. f. Bakt.*, XXII, p. 601.) — Lembke. Flore bactérienne de l'intestin. (*Arch. f. Hyg.*, XXIX, 3.) — Klein. Biologie du bacillus enteridis sporogenes. (*Cent. f. Bakt.*, XXII, p. 577.) — Schœffer. De la différenciation du bacille aérogène et du bacille-coli. (*Arch. f. Hyg.*, XXX, 4.) — Baduel. Sur la manière de se comporter du diplocoque de Fraenkel dans le sang et les urines. (*Settim. med.*, 4 sept.) — Raoult-Deslonchamp. Le staphylocoque pyogène, étude expérimentale et clinique. (*Thèse de Lyon.*) — Petruschky. Expériences démontrant d'une façon décisive la non-spécificité de l'érysipélocoque. (*Zeitschr. f. Hyg.*, XXIII.)

Bassin. — Mundé. Abcès pelviens. (*Amer. j. of obst.*, nov.) — Coe. Les tumeurs pelviennes enclavées et adhérentes. (*Med. News*, 30 oct.) — Clarke. Des inflammations pelviennes. (*Ann. of gyn.*, nov.) — Newmann. Affections pelviennes sans symptômes locaux. (*Ibid.*) — Koller. Résection partielle du bassin. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerste*, 1er oct.)

Béribéri. — Klein. Du béribéri (*Norsk Mag.*, nov., p. 1234.) — Buchanan. Le béribéri et les maladies prises pour lui. (*Dublin journ.*, déc.) — Bondurant. Béribéri ou névrite endémique multiple. (*N. York med. j.*, 20 nov.)

Biliaire. — Lamarcq. Ligature expérimentale du canal cholédoque chez le chien. (*Arch. de méd. exp.*, IX, p. 1135.) — E. Stadelmann. Circulation de la bile dans l'organisme. (*Zeit. f. Biologie*, XXXIV, p. 1.) — Greco. Sur le rapport entre l'urobiline et la stercobiline. Contribution à la pathogénie de l'urobilinurie. (*Riforma med.*, 28 oct.) — Malkow. Sur l'élimination des acides biliaires par l'urine, sur l'ascite et les autres phénomènes dans l'ictère par rétention. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Kehr. Le traitement de l'angiocholite calculeuse par le drainage direct du canal hépatique. (*Munch. med. Woch.*, 12 oct.) — Richardson. Un cas de cholécystite due au bacille typhique. (*Boston med. J.*, 2 déc.) — Fuchs. Cholécystite et angiocholite aiguës avec perforation de la vésicule biliaire. Opération, guérison. (*Berlin. klin. Woch.*, 26 juil.) — Doerdelein. Cholécystite phlegmoneuse calculeuse. (*Thèse d'Erlangen.*) — Mauclaire. Calcul de la vésicule biliaire avec hépatomégalie et hépatoptose temporaire, cholécystostomie. (*Soc. anat. Paris*, 5 nov.) — Garin. Des complications de la lithiase biliaire. (*Thèse de Paris.*) — Galliard. L'obstruction lithiasique du cholédoque. (*Méd. mod.*, 15 déc.) — Duret. Des lithiases biliaires et de leur traitement chirurgical, (11e *Cong. chir.*, *Paris*, p. 502.) — Forgue. Indication du traitement chirurgical dans la lithiase et les infections des voies biliaires. (*Gaz. hebd. Par.*, 19 déc.) — Wendelstadt. Traitement interne de la lithiase biliaire. (*Forts. d. Med.*, 15 nov.) — Rabé. Cancer primitif de la vésicule biliaire. (*Soc. anat. Paris*, 19 nov.) — Bernard. Du cancer primitif de la vésicule biliaire comme complication de la lithiase. (*Thèse de Lyon.*) — Lejars. Sur un cas de cholédocotomie. (*Bull. Soc. de chir.*, XXIII, p. 701.) — Quénu et Claisse. De la cholédocotomie sans sutures. (*Ibid.*, p. 711.) — Cannag. De la cholécystogastrotomie. (*Thèse de Bordeaux.*) — Kummer. Cholécystostomie primaire pour calculs. (*Rev. méd. Suisse romande*, déc.)

Blennorragie. — Steinschneider. Milieu nutritif pour le gonocoque. (*Berl. klin. Woch.*, 3 mai.) — Schæffer. Les toxines gonococciques. (*Fortsch. d. Med.*, 1er nov.) — Rendu. Injection gonococcique généralisée avec symptômes obscurs. (*Semaine gyn.*, 7 déc.) — Pichevin. Infection généralisée par le gonocoque. (*Ibid.*) — Klamann. Cas de blennorragie aiguë mortelle. (*Allg. med. Zeit.*, 41.) — Michaelis. Endocardites blennorragiques. (*Berlin. klin.

Wochens, 4 oct.) — LENHARTZ. De l'endocardite blennorragique ulcéreuse aiguë. (*Ibid.*, 27 déc.) — MARSAT. Le rhumatisme blennorragique, son traitement. (*Thèse de Lille.*) — BRAQUEHAYE. Myosite blennorragique. (*J. méd. Bordeaux*, 31 oct.) — SCHUCHARDT. Du traitement causal de l'arthrite blennorragique. (*Berlin. klin. Wochens.*, 7 juin.) — GROTH. Ankylose consécutive à une arthrite blennorragique du poignet droit. (*Ibid.*, 7 juin.) — SCHAIK. Fréquence de la blennorrée chez les femmes mariées. (*N. York med. j.*, 30 oct.) — REICHEL. De la blennorrée du col. (*Thèse de Strasbourg.*) — BAER. De la blennorrée rectale chez la femme. (*Deut. med. Woch.*, 16 déc.) FRIEDEMANN. Laparotomie vaginale pour salpingite blennorragique. (*Berlin klin. Wochens.*, 7 juin.) — COCHE. De la rétention d'urine par paralysie de la vessie au cours de l'urétrite blennorragique. (*Thèse de Lyon.*). — COLLAN. De l'épididymite d'origine gonococcique. (*Wien. klin. Woch.*, 2 déc.) — KÖNIG, BEHREND. Rétrécissements blennorragiques du rectum. (*Berlin. klin. Wochens.*, 26 juil.) — TRUZZI et MIHAJLOVITS. De la blennorragie et de son traitement chez les femmes non enceintes. (*Ann. de gyn.*, nov.) — STARK. Traitement de la blennorrée. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXV, p. 615.) — LEHMANN. Traitement de la gonorrée cervicale. (*Deut. med. Woch.*, 6 janv.) — ULLMANN. Traitement préventif, abortif et précoce de la blennorragie aiguë. (*Viener. med. Blätter*, 28 oct.) — KRŒSING. De l'argentamine et de l'argonine. (*Derm. Zeit.*, IV, 5.) — NEISSER. Traitement de la blennorragie aiguë par le protargol. (*Derm. Cent.*, I, 1.)

Bouche. — ANDRÉ. Des kystes dermoïdes du plancher de la bouche. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 oct.)

Bronche. — NICOLAS et M[lle] DIMITROVA. Sur le développement de l'arbre bronchique chez le mouton. (*Soc. de biol.*, 27 nov.) — D'HARDIVILLER. Développement des bronches principales chez le mouton. (*Ibid.*, 4 déc.) — ROHMER et BARCHERT. Un cas d'occlusion d'une bronche principale avec rétraction (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LIX, p. 585.) — DENYS et VANDEVELDE. Immunisation active des malades atteints de bronchites et de pneumonies chroniques dues à des streptocoques. (*Soc. de biol.*, 8 nov.) — TRIPOT. Des infections bronchiques dues au pneumo-bacille. (*Thèse de Toulouse.*) — KABEL. Un cas de bronchite chronique pseudo-membraneuse. (*Cent. f. inn. Med.*, 1.) — KOREN. Deux cas de bronchite fibrineuse. (*Norsk Mag.*, nov., p. 1207.) — JEAN LÉPINE. Les bronchites pseudo-membraneuses. (*Gaz. hebd. Paris*, 26 déc.) — PRUVOST. Bronchopneunomie infectieuse d'origine gastro-intestinale. (*France médicale*, 10 déc.)

Brûlure. — KOROLENKO. Lésions du plexus cœliaque dans les brûlures. (*Thèse de St-Pétersbourg.*)

C

Cadavre. — MAZELLIER. Du spasme cadavérique, étude physiologique et médico-légale. (*Thèse de Lyon.*) — METZQUER. Nature et marche de la rigidité cadavérique. (*Ibid.*)

Cancer. — Hauser. Histogenèse du cancer épithélial. (*Beit. z. path. Anat.*, XXII, p. 587.) — Busquet. Structure des corps appelés sporozoaires du cancer. (*Soc. de biol.*, 4 déc.) — Orloff. Sur les parasites du cancer. (*Vratch*, 20 nov.) — Radinger. Recherches sur la cancroïne. (*Wien. med. Woch.*, 2 oct.) — Berger. Des traumatismes prédisposant aux cancers (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, juill.) — Leitz. Le cancer au-dessous de 30 ans. (*Thèse de Munich.*) — V. Moraczewski. Les échanges nutritifs dans le cancer et la chlorose. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXIII, p. 385.) — Meyer. Toxicité de l'urine et de l'extrait de rate dans le cancer. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXIII, p. 563, et *Thèse de Berlin.*) — Boas. Des cancers intestinaux éveillés par un traumatisme. (*Berlin. klin. Woch.*, 5 juil.) — Gerlich. Sur les lésions de l'épithélium des voies biliaires et des voies urinaires dans les métastases du cancer dans ces organes. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Hasse. Sur la guérison du cancer. (*Arch. f. path. Anat.*, CXLVI, 2.) — Schwimmer, Genersich. Cancers cutanés de la face guéris par le bleu de méthylène. (*Berlin. klin. Wochens.*, 6 déc.) — Secchi. L'action pathogène des blastomycètes et leur influence sur les tumeurs. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXXII, p. 620.) — Booth. Injections d'alcool dans le cancer. (*Brit. med. j.*, 25 déc.) — Tuffier. Des ligatures vasculaires dans les tumeurs inopérables. (*11e Cong. chir. Paris*, p. 192.)

Cellule. — Loukianow. L'inanition du noyau cellulaire. (*Rev. scientif.*, 23 oct.) — Zaroubine. Sur les cellules muqueuses (caliciformes). (*Thèse de Kharkoff.*) — Schenk. Sur la transmission des propriétés de la cellule embryonnaire et de ses rapports avec la pathogénie. (*Wiener med. Woch.*, 23 oct.) — Buchner. Théorie de la phagocytose. (*Münch. med. Woch.*, 23 nov.)

Cerveau. — Cirincione. Développement de la capsule périlenticulaire. (*Arch. f. Anat.*, supp. Band, p. 171.) — Kraus. Topographie des circonvolutions, ganglions du cerveau. (*Arch. f. Anat.*, 5 et 6, p. 379.) — Soury. Genèse des circonvolutions du cerveau. (*Arch. de neurol.*, nov.) — Cannieu. De la voûte du quatrième ventricule chez les mammifères. (*J. méd. Bordeaux*, 21 nov.) — Galeotti. Étude morphologique et citologique du tour diencéphalique chez quelques vertébrés. (*Riv. di patol. nerv.*, II, p. 481.) — M. Knies. Trajet centripède des fibres optiques de l'homme. Cas d'hémiopie double. (*Zeits. f. Biologie*, XXXIV, p. 125.) — Mlle Stefanowska. Les appendices terminaux des dentrites cérébraux et leurs différents états physiologiques. (*Ann. soc. des sc. Bruxelles*, VI, 2.) — La Même. Sur le mode d'articulation entre les neurones cérébraux. (*Ibid.*) — Paton. Développement des centres cérébraux élevés. (*Amer. j. of insan.*, oct.) — Mickle. Formes anormales du cerveau, rapport avec l'état mental. (*J. of mental sc.*, oct.) — Lamacq. Les centres moteurs corticaux du cerveau humain déterminés d'après les effets de l'excitation faradique des hémisphères cérébraux de l'homme. (*Arch. clin. Bordeaux*, nov.) — Zukowski. Les fonctions des lobes frontaux. (*Rev. russe de psych.*, déc.) — Ziehen. Régions corticales motrices des marsupiaux. (*Cent. f. Phys.*, XI, p. 457.) — Richet. La fonction du cerveau. (*Rev. scientif.*, 20 nov.) — Spina. Influence des sections de la moelle sur la circulation du cerveau. (*Wien. klin. Woch.*, 2 déc.) — Joukowsky. Influence des sels de lithium sur l'excitabilité de l'écorce cérébrale et des nerfs périphériques. (*Rev. russe de psych.*, oct.) — Sivem. Influence de l'attitude et de la respiration sur les mouvements du cerveau du chien. (*Zeit. f. Biol.*, XXXV, p. 496.) — Adamkiewicz. Le phénomène de la compression de l'encéphale. (*Wiener med. Woch.*, 27 nov.) — Alzheimer. Dégénérescence colloïde du cerveau. (*Arch. f. Psych.*, XXX,

p. 18.) — GANG. De la sclérose cérébrale multiple. (*Thèse d'Iéna.*) — THOMASI. Un cas d'aphasie sensorielle avec autopsie. (*Rev. méd. Suisse romande*, juin.) — DEJERINE et SÉRIEUX. Surdité verbale pure terminée par aphasie sensorielle suivie d'autopsie. (*Soc. de biol.*, 18 déc.) — VERGER. Des troubles de la sensibilité dans les hémiplégies organiques d'origine cérébrale. (*Arch. clin. Bordeaux*, oct.) — SCHEIR. Polioencéphalite supérieure chronique. (*Berlin. med. Wochens*, 6 déc.) — HARRIS. Hémianopie, ses variétés. (*Brain*, n° 79.) — PLAUT. Des apoplexies et des embolies cérébrales. (*Thèse de Munich.*) — LOISON. Méningo-encéphalocèle, opération, mort. (*Lyon méd.*, 28 nov.) — RENCUREL. Fracture de l'occipital avec lésions cérébrales et troubles visuels. (*Arch. de méd.*, déc.) — REVERDIN. Un cas de balle de revolver traversant le cerveau de part en part, guérison. (*Rev. méd. Suisse romande*, juin.) — LAMARCHIA. Un cas de contusion du cerveau, étude de localisation. (*Morgagni*, déc.) — SCHULZ. Un cas d'hématome intradural. (*Thèse de Breslau.*) — BEACH. Hydrencéphalie chronique, ponction. (*Boston med. j.*, 30 déc.) — ROTH. De l'étranglement papillaire dans les tumeurs du cerveau. (*Thèse d'Iéna.*) — BECKER. Des tumeurs du cerveau. (*Thèse de Marbourg.*) — DEVIC et PAVIOT. Des tumeurs du corps calleux. (*Rev. de méd.*, déc.) — NEUGEBAUER. Traitement ostéoplastique de l'encéphalocèle congénitale. (*Cent. f. Chir.*, 20 nov.) — THOMAS et HAMILTON. Un cas de neurogliome cérébral. (*J. of exp. med.*, II, p. 635.) — SCHNITZLER. Le lipome du cerveau. (*Thèse de Giessen.*) — COTTET et MORÉLY. Tumeur cérébrale, épilepsie jaksonienne, hémicraniectomie. (*Soc. anat. Paris*, 10 déc.) — BOOTH, ZENNER. Obs. de tumeurs du cerveau. (*J. of nerv. dis.*, nov.) — HERTER. Sarcome des ganglions de la base du pont de Varole. (*Ibid.*) — HENNEBERG. Étude du gliome. (*Arch. f. Psych.*, XXX, p. 205.) — URSIN. Etat de la moelle dans les tumeurs du cerveau. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, XI, p. 169.) — TANNENHEIN. Kyste dermoïde du 3e ventricule cérébral. (*Wien. klin. Woch.*, 31.) — HERVÉ. Cysticerques en grappe du cerveau. (*J. méd. Bordeaux,* 21 nov.) — KEHRER. Traitement chirurgical des hernies du cerveau, de l'hydrocéphalie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LVI, p. 160.)

Cervelet. — BURCKARDT. Morphologie du cervelet des poissons. (*Arch. f. Anat. supp. Band.*, p. 111.) — COLLIUS et BREWER. Ablation d'une tumeur cérébelleuse corticale, mort deux mois et demi après. (*J. of nerv. dis.* nov.)

Césarienne (Op.) — OLSHAUSEN. De l'opération césarienne et ses indications dans les rétrécissements pelviens. (*Ann. de gyn.*, nov.) — LOISON. Deux observations d'opération césarienne. (*Lyon méd.*, 21 nov.) — DOHRN. De l'opération césarienne après la mort. (*Samml. klin. Vortraege*, n° 188.) — OLSHAUSEN. De l'opération césarienne et de ses indications dans les rétrécissements du bassin. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXVII, p. 533.) — CARSTENS. Indications comparatives entre la section césarienne classique et l'opération de Porro. (*J. amer. med. Ass.*, 4 déc.) — BARROW. Opération de Porro, mère et enfant vivants. (*Amer. j. of obst.*, nov.)

Chancre. — BALZER. Un cas de phagédénisme chancrelleux. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 1110.) — HARALAMB. Traitement du chancre mou par les courants d'air chaud. (*Ibid.*, VIII, p. 1285.)

Charbon. — ROSTOWZEW. Du passage du bacille charbonneux de la mère au fœtus dans la pustule maligne. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXVII, p. 542.) — LAVROV. Traitement du charbon. (*Vratch,* 11 déc.) — SOBERNHEIM. Recher-

ches sur la valeur du sérum charbonneux. (*Berlin. klin. Wochens.*, 18 oct.

Chlorose. — Goloubine. Étiologie de la chlorose. (*Berlin. klin. Wochens.*, 4 oct.) — Von Noorden. La chlorose. (*Vienne.*) — Capitan. La chlorose thyroïdienne. (*Soc. de biol.* 18 déc.) — Treyer. Digestion dans la chlorose. (*Thèse de Lausanne.*) — Hayem. Traitement de la chlorose. (*Méd. mod.*, 10 nov.) — Kuwert. Action de la ferratine dans la chlorose. (*Thèse de Wurtzbourg.*) — Klots. Cas d'anémie et de chlorose traités par la nucléo-albumine et la moelle d'os. (*N. York med. j.*, 30 oct.)

Choléra. — Arnaud et Lafeuille. De l'unité du choléra nostras et du choléra indien. (*Limousin méd.*, déc.) — Hobbs. Choléra nostras coli-bacillaire mortel chez une nourrice. (*Soc. de biol.*, 20 nov.) — Vogt. Anatomie pathologique du choléra. (*Thèse de Marbourg.*) — Beniach. Diagnostic différentiel du vibrion cholérique. (*Arch. russes de pathol.*, sept.)

Chorée. — Essayan. Chorée et infections, essais de pathogénie. (*Thèse de Montpellier.*) — Mathies. De la chorée d'Huntington. (*Thèse de Leipzig.*) — Facklam. De la chorée d'Huntington. (*Arch. f. Psych.*, XXX, p. 137.) — Donath. De la chorée hystérique. (*Pester med. chir. Presse*, XXXIII.) — Moser. Le diagnostic de la chorée chez les adultes. (*Med. Record*, 20 nov.) — Bechterew. Sur l'épilepsie choréique. (*Rev. de psych. russe*, oct.) — Favier. Le cœur dans la chorée. (*Thèse de Lille.*) — Besson. Endocardite aiguë, rhumatisme articulaire aigu dans le cours d'une chorée chez un enfant de 5 ans. (*J. sc. méd. Lille*, 25 déc.) — Dakin. Sept cas de grossesse compliquée de chorée. (*Practitioner*, déc.) — Fedoroff. Traitement de la chorée par le massage. (*Rev. de psych. russe*, avril.)

Choroïde. — Polano. Des ruptures isolées de la choroïde. (*Thèse de Kiel.*) — — Chevallereau. Tuberculose de la choroïde. (*Soc. d'opht. Paris*, 5 oct.) — Fage. Tuberculose du corps ciliaire. (*Ibid.*)

Cicatrisation. — Sur le mode de cicatrisation de la membrane interdigitale du canard. (*Soc. anat. Paris*, 5 nov.) — Mantegazza. Des chéloïdes. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXXII, p. 513 et 738.)

Climat. — Powers. Comparaison des résultats chirurgicaux obtenus aux altitudes basses et élevées. (*Trans. Amer. surg. Ass.*, XV, p. 189.) — Taylor. Les climats comme facteurs du traitement de la mélancolie et de la neurasthénie. (*Boston med. j.*, 2 oct.) — Edson. Notes sur le climat de Denver (Colorado). (*Ibid.*, 18 nov.) — Hughes. Les îles de Nassau et de Bahama. (*Med. Record*, 27 nov.) — Battle. Le plateau d'Asheville dans les montagnes du nord-ouest de la Caroline. (*Ibid.*, nov.) — Fonde. Le sud de l'Alabama et les climats d'altitudes dans le traitement de la tuberculose. (*Ibid.*) — Squires. Mexico, son climat et la santé. (*Ibid.*) — Bailey. Notes sur le Nouveau-Mexique. (*Ibid.*) — Deitrich. La montagne au point de vue de la santé. (*Ibid.*) — Voisin. Sanatorium maritime à Hendaye. (*Ann. d'hyg. publ.*, juil.) — Kohlbrugge. Le climat d'altitude dans les îles tropicales comparé à celui de la Suisse, sous le rapport de la modification du sang. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er avril.)

Cœur. — Bottazzi. Sur la rythmicité des mouvements du cœur. (*Lo sperimentale*, LI, p. 99.) — Frank. Critique expérimentale des tracés de pression intraventriculaire. (*Zeit. f. Biol.*, XXXV, p. 468.) — Sewall. La pression stéthoscopique dans l'examen du cœur. (*N. York med.*

j., 4 déc.) — Bianchi. Sur les changements de forme et de position du cœur étudiés avec les projections radioscopiques et phonendoscopiques. (*France méd.*, 8 oct.) — Braun. L'emploi du cinématographe pour l'étude et la représentation objective des mouvements du cœur. (*Wiener med. Woch.*, 30 oct.) — Bugge. Sur la dégénérescence du muscle cardiaque et son rôle pathologique. (*Norks Mag.*, p. 1027.) — Dehio. De la dégénération fibreuse du myocarde. (*Berlin. klin. Wochens.*, 4 oct.) — Kronecker. Expériences sur la mort cardiaque après thrombose des artères coronaires. (*Ibid.*, 19 juil.) — Hektoen. Segmentation et fragmentation du myocarde. (*Amer. j. of med. sc.*, nov.) — Karcher. Sur la fragmentation du myocarde. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LX, p. 66.) — Holt. Obs. d'ectocardie, le cœur battant dans la région abdominale. (*Med. News*, 11 déc.) — Tedeschi. Sur les désordres du rythme cardiaque dans les gastro et entéropathies. (*Riforma med.*, 7 mai.) — Coyon. Affection congénitale du cœur, aorte et artère pulmonaire naissant du ventricule droit, dilatation de l'artère pulmonaire. (*Soc. anat. Paris*, 8 oct.) — Tête. Du double souffle intermittent crural en dehors de l'insuffisance aortique et particulièrement dans l'athérome artériel. (*Thèse de Lyon.*) — Paviot. Des insuffisances aortiques sans souffle. (*Province méd.*, 18 sept.) — Corin. Traitement des troubles cardiaques dépendant de la calcification des parois vasculaires. (*Soc. méd. chir. de Liège*, 1er juin.) — Hervouet. Rétrécissement et insuffisance aortiques. (*Gaz. méd. Nantes*, 20 nov.) — Pla. La maladie de Duroziez, rétrécissement mitral pur. (*Thèse de Toulouse.*) — Mongour. Insuffisance triscupidienne primitive. (*J. méd. Bordeaux*, 28 nov.) — Huchard. La bradydiastolie signe de pronostic dans les affections du cœur. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 22 oct.) — Péron. Les terminaisons des endocardites aiguës dites infectieuses. (*Soc. anat. Paris*, 10 déc.) — Yarrow. Tachycardie paroxysmique survenant dans la convalescence de la typhoïde guérie par la digitale. (*N. York med. j.*, 25 déc.) — Heidemann. Les suites des oblitérations péricardiques. (*Berl. klin. Woch.*, 1er fév.) — Beard. Hémorragie dans le péricarde. (*Med. Record*, 13 nov.) — Hunter. Rupture incomplète du ventricule droit avec péricarde adhérent. (*Lancet*, 18 déc.) — Roberts. Traitement chirurgical de la péricardite suppurée. (*Amer. j. of med. sc.*, déc.) — Kaufmann. Tumeur tuberculeuse énorme de l'oreillette droite chez une femme de 71 ans. (*Berlin. klin. Wochens*, 2 août.) — Péron. Tuberculose du myocarde chez l'homme. (*Soc. anat. Paris*, 19 nov.) — Maillant. Cancer secondaire du cœur. (*Lyon méd.*, 12 déc.) — Rabé. Cancer du cœur secondaire à un cancer de l'estomac. (*Soc. anat. Paris*, 3 déc.)

Conjonctif (**Tissu**). — Livini. Sur la distribution du tissu élastique dans divers organes du corps humain (voile du palais, muqueuse palatine, gencives, langue). 2e note. (*Lo Sperimentale*, LI, p. 221.) — W. Flemming. Structure des cellules conjonctives et des cellules en général. (*Zeits. f. Biologie*, XXXIV, p. 471.)

Conjonctive. — Dalen. Recherches expérimentales sur la désinfection de la conjonctive. (*Nord. med. Arkiv*, XXIX, 13.) — W. Pfitzner. Histologie de l'épithélium conjonctival. (*Zeits. f. Biologie*, XXXVI, p. 397.) — Magnani. Traitement du catarrhe printanier. (*Giorn. Accad. med. Torino*, LX, p. 690.) — Burchardt. Coexistence de conjonctivites blennorragique et trachomateuse sur le même sujet. (*Berlin. klin. Wochens.*, 15 nov.) — Miller. De l'extension du trachome en Haute-Franconie. (*Münch. med. Woch.*, 26 oct.) — Hirschberg. Du trachome. (*Ann. d'ocul.*, nov., p. 351.) — Elze. Plasmodies du trachome conjonctival. (*Zwickau.*) — Eyre. Tuberculose de la conjonctive. (*Trans. opht. soc.*, XVII, p. 8.) — Stœwer. Kyste

du pli semi-lunaire. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, juil.) — VERREY. Lipome double des conjonctives. (*Rev. méd. Suisse romande*, avril.) — NOBBE. Lipodermoïde de la conjonctive. (*Arch. f. Opht.*, XLIV, p. 334.) — LAGRANGE. Epithélioma de la conjonctive bulbaire. (*J. méd. Bordeaux*, 19 déc.)

Coqueluche. — STOOS. Sur la contagiosité de la coqueluche. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er oct.) — URBAN. Du tussol dans le traitement de la coqueluche. (*Wiener med. Blætter*, 7 oct.) — SONNENBERGER. Le traitement de la coqueluche. (*Allg. Wien. med. Zeit.*, 9 nov.)

Cornée. — AXENFELD. Courbure cornéenne opposée du kératocome. (*Arch. of. opht.*, XXVI, p. 559.) — RANVIER. Des premières modifications qui surviennent dans les cellules fixes de la cornée au voisinage des plaies de cette membrane. (*Acad. des sc.*, 6 déc.) — RANVIER. Des premières modifications des nerfs dans les plaies simples de la cornée. (*Ibid.*, 13 déc.) — THORINGTON. Lentilles pour l'étude avec le rétinoscope de la cornée conique et des aberrations de sphéricité. (*J. Amer. med. Ass.*, 18 déc.) — ZIMMERMANN. Kératite parenchymateuse tuberculeuse. (*Medicine*, nov.) — HANAU. Cause de la kératite après la section du trijumeau. (*Zeit. f. Biol.*, XXXIV, p. 146.) — BLUMENTHAL. Sur le traitement des kératites trachomateuses, surtout des formes ulcéreuses. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — MC REYNOLDS. Six cas de brûlures de la cornée par parcelles de fer. (*J. Amer. med. Ass.*, 6 nov.) — SANSFORD. Traitement des suppurations de la cornée par l'oxygène. (*Trans. opht. soc.*, XVII, p. 25.) — COLLINS et STOKER. Idem. (*Ibid.*, p. 27.) — STEINHEIM. Du staphylome congénital de la cornée. (*Cent. f. prakt. Aug.*, déc.) — LETONTURIER. Du kératome sénile. (*Thèse de Bordeaux.*)

Corps étrangers. — KNIGHT. Corps étrangers retirés du larynx par thyrotomie. (*Brit. med. j.*, 27 nov.) — BONNUS. Corps étrangers de la trachée enlevés par le tubage. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 29 oct.) — KALLOFRATH. Ablation d'un morceau d'os de la bronche droite par la voie naturelle, grâce à l'emploi de la laryngoscopie directe. (*Münch. med. Woch.*, 2 sept.) — NORDMAN. Sur un cas de corps étranger des voies aériennes. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, 25 oct.) — MEYJES. Trois cas de corps étrangers des voies aériennes dans un cas, une épingle engagée dans la glotte juste sur la ligne médiane. (*J. of laryng.*, nov.) — BREITUNG. Corps étrangers du nez. (*Deut. med. Woch.*, 18 nov.) — HOOVER. Otite moyenne aiguë, suite de corps étrangers, avec épingle avalée. (*N. York med. j.*, 30 oct.) — LANNOIS. Corps étranger, insecte de l'oreille. (*Lyon méd.*, 12 déc.) — KEPLINGER. Corps étrangers du conduit auditif. (*Laryngoscope*, oct.) — RANGLARET et VALOIS. Elimination spontanée de grains de poudre incrustés dans la peau et la cornée. (*Le Centre méd.*, 1er déc.) — JOCQS. Balle dans l'orbite. (*Soc. d'opht. Paris*, 5 oct.) — MORGAN. Aiguille dans le cœur, symptômes graves pendant l'ablation. (*Edinb. med. j.*, déc., p. 592.) — VARIOT. Corps étranger métallique enclavé dans l'œsophage d'un enfant pendant une année et rendu spontanément. Utilité de la radiographie. (*Soc. médic. des hôp.*, 19 nov.) — JOHNSTON et BUCHANAN. Perforation de l'œsophage par une arête de poisson, pyopneumothorax, emphysème sous-cutané. (*Brit. med. j.*, 27 nov.) — VIGAN. De la pénétration et des arêtes de prothèse dentaire dans l'œsophage. (*Thèse de Lyon.*) — JALAGUIER. Corps étranger de l'œsophage, extrait avec le panier de Graefe. (*Bull. soc. de Chir.*, XXIII, p. 794.) — CALLIOUZS. Une fourchette dans l'estomac, gastrostomie, extraction, guérison. (*Anjou méd.*, déc.) — MORESTIN. Morceau de verre ayant traversé sans accident le tube digestif. (*Soc. anat. Paris*, 5 nov.) — BAZY. Broche (de 2 cm 1/2) avalée par

une enfant de 8 mois et sortie par l'anus 72 jours après. (*Bull. Soc. de Chir.*, XXIII, p. 732.) — Delbet, Broussin. Des corps étrangers du rectum, rapport de G. Marchant. (*Ibid.*, XXIII, p. 652 et 659.) — Monod. Idem. (*Ibid.*, p. 668.) — Jungst. Corps étranger du pénis. (*Münch. med. Woch.*, 28 sept.) — Verdelet. Corps étranger de la vessie. (*J. méd. Bordeaux*, 5 déc.) — Monod. Corps étrangers du vagin. (*Ann. policlin. Bordeaux*, nov.) — Mankiewicz. Calcul cordiforme phosphatique pesant 29 grammes, développé autour d'un fragment de sonde resté dans la vessie. (*Berlin. klin. Wochens.*, 12 juil.) — Mittermaier. Corps étrangers dans l'utérus. (*Cent. f. Gyn.*, 4 déc.)

Crâne. — Elder. La circulation intracranienne. (*Brit. med. j.*, 13 nov.) — Tenchini. Sur le trou ptérygo-sphénoïdien, ses relations avec les anomalies craniennes des criminels. (*Arch. per l'Antropol.*, XXVII, p. 1.) — Tiffany. Technique de la chirurgie intra-cranienne. (*Trans. Amer. surg. Ass.*, XV, p. 155.) — Obalinski. Technique de la trépanation du crâne. (*Cent. f. Chir.*, 14 août.) — Max David. Sort des morceaux de crâne trépanés et réimplantés. (*Berlin. klin. Wochens.*, 11 oct.) — Schneider. Thrombose des sinus à symptomatologie complexe, crise d'épilepsie jacksonienne. (*Arch. de méd. mil.*, déc.) — Vignard. Fracture de la base du crâne par traumatisme de la région pariétale gauche, paralysie des nerfs oculo-moteur externe et optique droits. (*Gaz. méd. Nantes*, 20 nov.) — Dubujadoux. Compression cérébrale par hémorragie extra dure mérienne, d'origine traumatique sans fracture du crâne, trépanation, guérison. (*Bull. Soc. Chir.*, XXIII, p. 613.) — Sebileau. Traitement des fractures du crâne non accompagnées d'accidents. (*Gaz. méd. Paris*, 13 nov.) — Campo. Sarcome de la fosse cranienne postérieure droite avec hydrocéphalie et écoulement de liquide cérébro-spinal par le nez. (*Riv. sper. di freniat.*, XXIII, p. 895.) — Buerkel. Du fibrome de la base du crâne. (*Thèse de Wurtzbourg.*) — Fiodorow. Tumeur intra-cranienne, sortant par le temporal. (*Rev. russe de psych.*, oct.)

Crétinisme. — Friend. Traitement du crétinisme par la glande thyroïde. (*Med. News*, 4 déc.)

Criminel. — Balladoro. L'anthropologie criminelle dans les proverbes vénitiens. (*Arch. di psich.*, XVIII, 2 et 3.) — Ottolenghi. Étude sur 265 criminels et aliénés. (*Ibid.*) — Cognetti. Criminels-nés dans l'armée. (*Ibid.*) — Bonfigli. 7 observations sur des cervelets de malfaiteurs. (*Ibid.*)

Cristallin. — Angelucci. Modification du procédé d'extraction simple de la cataracte. (*Arch. di Ottalm.*, V, p. 71.) — Ingoni. Extraction capsulo-lenticulaire de la cataracte. (*Ibid.*, XXVI, p. 460.) — Schantz. Une famille de 3 enfants atteints de cataracte congénitale. (*Centralb. f. prakt. Augenheilk.*, sept.) — Csapodi. Cataracte ponctuée. (*Berlin. klin. Wochens.*, 6 déc.) — Bach. Sur l'histologie, la pathogénie et les formes cliniques de la cataracte fusiforme et capsulaire. (*Graefe's Archiv*, XLIII, 3.) — Deschamps. Note sur 200 opérations de cataracte. (*Dauphiné méd.*, août.) — Rauschenbach. Contribution à la symptomatologie et au traitement de la cataracte traumatique. (*Thèse de Bâle.*) — Haring. Anatomie pathologique de la cataracte pyramidale avec adhérences cornéennes. (*Thèse d'Iéna.*) — Mac Gillivray. Deux cas d'ectopie bilatérale du cristallin avec coloboma. (*Scottish med. j.* déc.) — Brazeau. Subluxation bilatérale du cristallin avec ectopie de la pupille de l'œil gauche. (*Med. Record*, 13 nov.) — Bickerton. Luxation spontanée du cristallin dans la chambre antérieure. (*Trans. opht. soc.*, XVII, p. 34.) — Munder. Un cas de lenticonus postérieur. (*Klin. Mon. f. Aug.*, déc.)

D

Démographie. — Guillaume. La mortalité en Suisse de 1885 à 1894. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 1er juin.) — Burckhardt. Epidémiologie et démographie bâloises aux XVII et XVIIIe siècles. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er août.) — Polak. Influence de l'accumulation des habitants sur la mortalité dans les maladies infectieuses aiguës. (*Rev. d'hyg.*, juin.)

Dengue. — Nogué. Notes et obs. sur les deux épidémies de dengue observées en Cochinchine en 1895-96. (*Arch. de méd. nav.*, déc.)

Désinfection. — Johnston. La désinfection par la formaldéhyde. (*Brit. med j.*, 25 déc.) — Spragues. Désinfection rapide avec la formaldéhyde. (*Med. News*, 11 déc.) — Berlioz. Expériences de désinfection au moyen des vapeurs d'aldéhyde formique. (*Dauphiné méd.*, juin.) — Rietsch et Raybaud. Expériences de contrôle de la désinfection par le formol. (*Marseille méd.*, 1er nov.) — Gemund. Désinfection avec la nouvelle méthode de la fabrique Schernig: vaporisation de pastilles de formaline dans le désinfecteur à la formaline. (*Münch med. Woch.*, 14 déc.) — Tarnowski. Propriétés désinfectantes de l'actol et de l'itrol. (*Thèse de St-Pétersb.*) — Messiter. La désinfection des vêtements par la chaleur. (*Lancet*, 20 nov.) — Mehlhose. De la désinfection intestinale. (*Thèse de Leipzig.*)

Diabète. — Jodry. Du diabète traumatique. (*Thèse de Lyon.*) — Gebauer. De la glycosurie alimentaire. (*Thèse d'Iena.*) — Achard et Castaigne. Quelques causes d'erreurs dans l'épreuve de la glycosurie alimentaire. (*Soc. méd. des hôp.*, 19 nov.) — Graham Lusk. Diabète phlorhizique et alimentation au moyen de diverses espèces de sucre et de gélatine. (*Zeit. f. Biol.*, XXXVI, p. 82.) — Stern. De la pathogénie et de l'étiologie du diabète sucré. (*Med. Record*, 18 déc.) — Pavy. Du diabète, (*Berlin. klin. Woch.*, 4 oct.) — Futcher. Certaines formes de diabète. (*N. York med. j.*, 6 nov.) — Sekeyan. Du diabète lévulosurique et du syndrome Marie-Robinson. (*Thèse de Paris.*) — Bloch. Le diabète, statistique. (*Méd. mod.*, 25 déc.) — Bremer. Diagnostic macroscopique du diabète par l'examen du sang. (*Berlin. klin. Woch.*, 4 oct.) — Loewy, Goldscheider, Burqhart, Strauss. Sur le procédé diagnostique de Bremer pour le diabète, par examen du sang. (*Ibid.*, 15 nov.) — Raulin. Diabète sucré chez une jeune fille de 16 ans. (*J. méd. Bordeaux*, 14 nov.) — Ehret. De la symbiose dans la phtisie diabétique. (*Münch. med. Woch.*, 28 déc.) — Corneille. De l'aphasie dans le diabète. (*Thèse de Paris.*) — Ludwig. Nécrose de l'épithélium glandulaire intestinal chez les diabétiques. (*Cent. f. inn. Med.*, 30 oct.) — Mathieu. De la gangrène diabétique. (*Thèse de Paris.*) — Walker. Diabète sucré avec xanthome. (*Scottish med. j.*, déc.) — Le Gendre. Comment meurent les diabétiques et comment ils doivent vivre. (*Semaine méd.*, 17 nov.) — Pavy. Pathologie et traitement du diabète. (*Lancet*, 20 nov.) — Stark. Le diabète sucré et son traitement (*Med. Record*, 11 déc.) — Hugounenq et Doyon. Recherches expérimentales concernant le traitement du diabète pancréatique par l'administration de diverses substances extraites du pancréas. (*Lyon méd.*, 7 nov.)

— Brunton. Sur la présence probable d'un ferment glycolitique dans les muscles, traitement du diabète par la viande crue. (*Zeit. f. Biol.*, XXXIV, p. 487.)

Diphtérie. — Carlsen. Histoire de la diphtérie en Danemark et en Allemagne. (*Janus*, nov.) — Sinvely. Mortalité actuelle de la diphtérie, le taux de réduction résultant du sérum antitoxique. (*Med. News*, 20 nov.) — Galli-Valerio. L'état actuel de la question sur l'identité de la diphtérie de l'homme et des oiseaux. (*Cent. f. Bakt.* XXII, p. 500.) — Howard. Influence du lait de vache sur la diffusion de la diphtérie. (*Amer. j. of med. sc.*, déc.) — Fibiger. Extinction des épidémies de diphtérie par l'isolement de tous les individus ayant des bacilles de Loeffler dans le pharynx. (*Berlin. klin. Woch.*, 30 août.) — Sevestre. Sur la diphtérie. (*Soc. méd. des hôp.*, 5 nov.) — Strasburger. Virulence de la diphtérie à Bonn. (*Zeit. f. Hyg.*, XXV, 2.) — Golay. Diphtérie prolongée. (*Rev. méd. Suisse romande*, nov. et *J. de clin. inf.*. 2 déc.) — Hennig. De la diphtérie chronique. (*Samml. klin. Vortraege*, n° 187.) — Zupink. Variabilité des bacilles diphtéritiques. (*Berlin. klin. Woch.*, 13 déc.) — Schanz. Diagnostic différentiel du bacille diphtéritique. (*Ibid.*, 13 déc.) — Fraenkel. Destruction du vrai et du faux bacille diphtéritique. (*Ibid.*, 13 déc.) — Ferré et Creignon. Variations morphologiques du bacille de Loeffler. (*Journ. méd. Bordeaux*, 19 déc. — Bomstein. De l'immunité passive dans la diphtérie. (*Cent. f. Bakt.*, XXII, p. 587.) — Barbier et Tollemer. Nouvelles recherches bactériologiques chez les diphtéritiques. Infection bacillaire. Infections septiques. (*Soc. méd. des hôp.*, 29 oct.) — Mongour. Stomatite diphtéritique. (*J. méd. Bordeaux*, 12 déc.) — Cones. Un cas de diphtérie de la vulve. (*Boston med. j.*, 4 nov.) — Becker. De la diphtérie conjonctivale. (*Thèse d'Iena.*) — Bazin. Préparation de l'antitoxine diphtérique. (*Brit. med. j.*, 11 déc.)—Cox. La préparation de l'antitoxine de la diphtérie. (*J. Amer. med. Ass.*, 4 déc.) — Martin. Production de la toxine diphtérique. (*Thèse de Paris.*) — Nikanoroff. Sur la préparation d'un sérum antidiphtérique puissant. (*Thèse de St-Pétersb.*) — Kalandarichvili. Sur la préparation aseptique du sérum antidiphtérique et sur la stérilisation par le procédé de Tyndall. (*Ibid.*) — Tavel. Préparation, conservation et emploi du sérum curatif de la diphtérie à l'Institut bactériologique de Berne. (*Corrsp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 15 oct.) — Marenghi. Sur le rapport entre l'élimination de l'azote, dans l'échange matériel du cheval et la production du sérum antidiphtérique. (*Arch. ital. de biol.*, XXVIII, p. 120.) — Pagano. Pouvoir antitoxique de la lymphe et du sang des animaux immunisés activement et passivement contre la diphérie. (*Settim. med.*, 18 déc.) — Marenghi. Action du sérum anti-diphtérique et de la toxine. (*Cent. f. Bakt.* XXII, p. 520.) — Van de Velde. Du pouvoir anti-toxique et anti-infectieux du sérum anti-diphtérique. (*Ibid.*, p. 527.) — Twombly. L'antitoxine de la diphtérie comme agent prophylactique. (*Boston med. surg. j.*, 23 déc.) — Spronck. De l'action du sérum antidiphtérique sur l'albuminurie diphtérique préexistante. (*Semaine méd.*, 24 nov.) — Porteous. L'antitoxine diphtérique administrée par ingestion. (*Med. Record*, 25 déc.) — Dieudonné. Résultats de l'enquête sur le traitement de la diphtérie par le sérum pour l'année 1895-16. (*Berlin.*) — Ganghofner. La sérothérapie de la diphtérie. (*Iéna.*) — Dzierzgonski. Sur les moyens de déterminer la force des sérums antidiphtériques. (*Vratch*, 25 déc.) — Boetticher. L'action du sérum antidiphtérique. (*Deut. med. Woch.*, 6 janv.) — Altmann. La sérothérapie diphtérique. (*Ibid.*) — Société vaudoise de médecine. Sur les injections préventives de sérum antidiphtéritique. (*Rev. méd. Suisse romande*, juill., p. 545.) — Variot. Considérations générales sur la diphtérie et la sérumthé-

rapie. (*J. de clin. inf.*, 4 nov.) — WEILL. Injection préventive de sérum antidiphtérique. (*Thèse de Paris.*) — BEHRENDT. La sérothérapie dans la diphtérie. (*Thèse de Iéna.*) — KLEBS. La sérothérapie de la diphtérie et la question des antitoxines. (*J. amer. med. Ass.*, 27 nov.) — PIPPING. 30 cas de diphtérie traités par le sérum. (*Finska läkar. handlingar*, XXXIX, p. 1202.) — BRAYMER. Le traitement antiseptique en comparaison avec le traitement antitoxique de la diphtérie. (*J. amer. med. Ass.*, 27 nov.) — COUGHLIN. Le traitement de la diphtérie. (*Ibid.*, 27 nov.) — GRAY. Les divers traitements de la diphtérie. (*Ibid.*, 27 nov.) — FRISSELL. Le traitement de la diphtérie sans alcool. (*Ibid.*, 13 nov.) — MUNN. Les méthodes nouvelles de traitement de la diphtérie. (*Werstern med. Gaz.*, déc.) — DEROYE, DUBARD et SULLEROT. 9 cas de croup traités par le tubage. (*Bourgogne méd.*, oct.) — EWART et HUBERT. Résultats favorables obtenus, dans l'obstruction de la trachée par des fausses membranes, par l'introduction d'huile créosotée dans la canule de trachéotomie. (*Brit. med. j.*, 27 nov.)

Dysenterie. — LETULLE. Dysenterie sporadique. (*Presse méd.*, 25 déc., *et Soc. anat. Paris*, 24 déc.) — BONARDI. Un cas de polynévrite dysentérique. (*Morgagni*, nov.) — BUCHANAN. Dysenterie, formes et traitement. (*Practitioner*, déc.) — ARDIN-DELTEIL. Antipyrine et dysenterie. Lavements d'antipyrine dans un cas de dysenterie aiguë. (*N. Montpellier méd.*, 23 oct.)

E

Eau. — LOVELAND. Questions et réponses relatives à l'eau potable. (*Med. Record*, 25 déc.) — G. POUCHET et BONJEAN. Etude de la matière organique des eaux potables. (*Ann. d'hyg. publ.*, juillet.) — CURRIER. La purification de l'eau au point de vue de l'hygiène. (*Med. News*, 6 nov.) — DUCLAUX. Sur la contamination des puits. (*Bull. méd.*, 8 déc.) — KISTER. Bacille similaire au typhique dans les eaux de source suspectes au point de vue typhique. (*Cent. f. Bakt.*, XXII, p. 497.) — POUJOL. Sur la présence très fréquente du bactérium coli dans les eaux naturelles. (*Soc. de Biol.*, 20 nov.) — KURTH. Le fonctionnement des filtres en sable de la distribution d'eau du Weser à Brême. (*Arbeiten aus d. k. Gesund.*, XI.) — OHLMULLER. Consultation sur les qualités de la nappe aquifère souterraine projetée pour l'alimentation de Cottbus en eau potable. (*Ibid.*, XII.) — HAMMERL. De la présence du bacille colique dans les eaux courantes. (*Hyg. Rundsch.*, 1er juin.) — KABRHEL. Amélioration des effets des filtres à sable dans les distributions d'eaux potables par la filtration au préalable dans le sol à l'aide de puits et de galeries filtrants. (*Ibid.*, 15 mai.) — BERGEY. La signification de la présence de spirilles pathogènes dans les eaux des rivières Delaware et Schuylkill. (*J. Amer. med. As.*, 23 oct.) — VAN ERMENGEM. Sur la pollution des eaux par les résidus de fabrique. (*Mouvement hygien.*, juin.) — DEGENER. Traitement des eaux d'égout. (*Hyg. Rundsch.*, 15 oct.) — BLASIUS. L'épuration des eaux d'égout à Brunswick. (*Ibid.*, 1er déc.)

Eaux minérales. — LEBLANC. Sur les eaux d'Eucheloup. (*Ann. d'hydrol.*, nov., p. 481.) — LEBLANC. La station de Martigny. (*Ibid.*, p. 488.) — FOSS.

La nouvelle source Casparheinrich à Driburg, employée comme diurétique et remède contre les maladies des voies urinaires. (*Münch. med. Woch.*, 16 sept.)

Eclampsie. — Oulesko-Stroganowa. Etat actuel de la question de l'éclampsie. (*Arch. russes de pathol.*, sept.) — Bar, Menu et Mercier. Présence dans l'urine de femmes éclamptiques d'une albumine offrant une réaction spéciale. (*Soc. de Biol.*, 4 déc.) — Potter. Le traitement de l'éclampsie puerpérale. (*Amer. j. of obst.*, nov.)

Electricité. — Loeb. Action physiologique des ondes électriques. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXIX, p. 99.) — Ballowitz. Anatomie de la gymnote avec recherches sur l'organe électrique. (*Arch. f. mik. Anat.*, L, p. 686.) — B. Danilewsky. Action excitante des courants électriques. Réponse à J. Loeb. (*Centralb. f. Physiol.*, XI, p. 589 et 617.) — Weiss. Sur la caractéristique d'excitation des nerfs et des muscles. (*Acad. des Sc.*, 29 nov.) — Bordier. Action des états variables du courant galvanique sur les nerfs sensitifs. (*Arch. d'élect. méd.*, 15 déc.) — Chatzky. La valeur de l'énergie électrique en thérapeutique. (*Ibid.*, 15 oct.) — Weiss. L'électrolyse des tissus vivants. (*Ibid.*, 15 nov.) — Debedat. Méthode électrolytique dans le traitement des rétrécissements de l'urètre. (*Ibid.*) — Chatzky. Traitement du lumbago rhumatismal par l'électricité statique. (*Ibid.*, 15 déc.) — Stanowski. L'électricité dans le traitement de la sciatique. (*Deut. med. Woch.*, 6 janv.) — Hirigoyen et Bergonié. Tumeur du sein réputée maligne, guérie par les courants continus. (*Journ. méd. Bordeaux*, 26 décembre.) — Bill. Sur les applications thérapeutiques du courant électrique. (*N. York med. j.*, 13 nov.) — Massey. Résultats ultimes de l'électricité dans le traitement des tumeurs fibreuses. (*J. Amer. med. Ass.*, 4 déc.) — Cauchois. De l'efficacité de l'électrolyse dans les fibromes de l'utérus. (*Normandie méd.*, 1er nov.) — Cornet. Sur l'éclairage électrique de l'estomac. (*Prog. méd.*, 20 nov.)

Elephantiasis. — Radaeli. Un cas d'éléphantiasis des Arabes. (*Settim. med.*, 25 déc.) — Vidal. Maladie hypertrophiante, singulières lésions éléphantiasiques des parties molles et du squelette. (*Thèse de Lyon.*)

Embolie. — Vogt. Un cas d'embolie volumineuse de l'artère pulmonaire. (*Norsk. Mag.*, oct., p. 1130.) — Sudeck. Embolie sylvienne dans le cours d'une opération sur le bassin ; mort de la femme 36 heures après : thrombose de l'aorte sclérosée. (*Berlin. klin. Wochens.*, 20 déc.)

Embryologie. — Giacomini. Un œuf humain de 11 jours. (*Giorn. Accad. med. Torino*, LX, p. 727.) — Bertacchini. D'une forme régressive rare d'embryon humain atrophié. (*Anat. Anz.*, XIV, p. 153.)

Empoisonnement. — Jacottet. Sur les altérations des cellules nerveuses de la moelle et des ganglions spinaux dans quelques intoxications expérimentales. (*Beit. z. path. Anat.*, XXII, p. 443, et *Thèse de Lausanne*). — Rénon. Sur des intoxications successives par toxique minéral et toxiques microbiens. (*Soc. de Biol.*, 6 nov.) — Livon. Alcaloïdotoxie du cobaye. (*Ibid.*, 20 nov.) — Montgomery. Idiosyncrasie acquise vis-à-vis de la quinine; purpura, hémorragies gingivales. (*Boston med. surg. J.*, 23 déc.) — Bartlett. Examen de 43 cas connus d'empoisonnement par l'opium ou la morphine. (*Ibid.*, 30 déc.) — Von Jaksch. De l'intoxication aiguë par la morphine. (*Prager med. Woch.*, 21 oct.) — Zangger. Cas de cocaïnisme chronique. (*Corresp.-Blätt für schweizer Aerzte*, 15 juill.) — Swift.

Empoisonnement mortel par le cocculus suberosus. (*N.-York med. J.*, 13 nov.) — Baster-Tyné. Empoisonnement par le chanvre indien. (*Lancet*, 4 déc.) — Winogradoff. Sur les lésions du cœur et des muscles striés dans l'ergotisme. (*Mediz. Obozr.*, août.) — Zabel. Phénomènes d'intoxication dus à la fougère mâle. (*Berlin. klin. Wochens.*, 8 nov.) — Remlinger. Œdème chronique lymphangitique avec poussées herpétiques survenu après piqûres par flèche empoisonnée. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 1257.) — Reid. Empoisonnement par le chloroforme, injection de près de 1/2 grain de strychnine, guérison. (*Brit. med. j.*, 20 nov.) — Schram. Empoisonnement par ingestion de homard. (*Med. News*, 20 nov.) — Von Wedekind. Un cas d'empoisonnement par des champignons. (*Med. Record*, 25 déc.) — Von Jaksch. Intoxication oxycarbonée aiguë. (*Prager med. Woch.*, 2 sept.) — Gréhant. Dans quelles limites CO est-il absorbé par le sang. (*Acad. des Sc.*, 8 nov.) — Narbekoff. Lésions du foie, des reins et du cœur dans l'intoxication par le sulfonal. (*Thèse de St-Pétersb.*) — Le Noir et Claude. Sur un cas de purpura attribué à l'intoxication par la benzine. (*Soc. méd. des hôp.*, 29 oct.) — Boas. Empoisonnement par le nitrobenzol. (*Deut. med. Woch.*, 16 déc.) — Künne. A propos de la toxicité du chlorate de potasse. (*Berlin. klin. Wochens.*, 15 nov.) — Brosch. Cas d'empoisonnement suicide par l'acide phénique concentré et à haute dose. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, juill.. p. 10.) — Paulus. De l'empoisonnement aigu par l'acide oxalique. (*Thèse de Gœttingue.*) — Steinhaus. Modifications de la rétine dans l'empoisonnement par le phosphore. (*Beit. z. path. Anat.*, XXII, p. 466.) — Rossi. Altérations fines des éléments nerveux dans l'empoisonnement par le phosphore. (*Riv. di patol. nerv.*, II, p. 535.) — Perrée. Intoxication par une injection chaude vaginale de sublimé au 2000e après accouchement normal, 3 jours après la délivrance. (*L'Abeille méd.*, 27 nov.) — Chaillous. Intoxication aiguë par ingestion de 3 gr. de sublimé, mort au 5e jour. (*Soc. anat. Paris*, 5 nov.) — Thomas. Empoisonnement par le sublimé. (*Rev. méd. Suisse romande*, oct.)

Enfant. — Kraverz. La vie, la mort du nourrisson. (*Thèse de Paris.*) — Bertillon. La puériculture à bon marché. (*Rev. d'hyg.*, avril.) — Queirolo. Les couveuses d'enfants et le gavage. (*Thèse de Genève.*) — Rubner et Heubner. L'alimentation naturelle d'un nourrisson. (*Zeit. f. Biol.*, XXXVI. p. 1.) — Cotton. Comment doit-on alimenter les nourrissons. (*J. Amer. med. Ass.*, 11 déc.) — Fischer. Quelques points pratiques dans l'alimentation des enfants. (*Ibid.*) — Fischer et Poole. La valeur clinique et les résultats chimiques de l'emploi du lait maternisé selon la méthode de Gaertner dans l'alimentation des enfants. (*Med. Record*, 11 déc.) — Vallée. Des poudres alimentaires et de l'alimentation des enfants du premier âge. (*Thèse de Lille.*) — Hertoghe. Sur les arrêts de croissance et l'infantilisme. (*Bull. acad. méd. Belgique*, XI, p. 750.) — Bishop. Le diagnostic précoce et le traitement du non développement des enfants. (*J. Amer. med. Ass.*, 18 déc.) — Pélofi. De la précocité et des perversions de l'instinct sexuel chez les enfants. (*Thèse de Bordeaux.*) — Jellinck. Hémorragie cérébrale mortelle chez un enfant de 9 ans. (*Allg. Wien. med. Zeit.*, 9 nov.) — Levi. Tubercule de la partie supérieure et latérale du bulbe chez nn enfant, hémiplégie faciale. (*Soc. anat. Paris*, 31 juill.) — Vigouroux et Mally. De l'hémiplégie infantile, variation de la résistance électrique. (*Presse méd.*, 3 nov.) — Fortin. Paralysie faciale chez un enfant. (*Normandie méd.*, 1er nov.) — Davis. L'importance clinique des symptômes oculaires dans le diagnostic de la méningite chez les enfants. (*J. Amer. med. Ass.*, 11 déc.) — Romme. Le traitement chirurgical de la méningite tuberculeuse chez l'enfant. (*Rev. mens. mal. de l'enf.*, déc.) — Bézy et Sarda. Deux cas d'hystérie chez l'enfant. (*Ibid.*, déc.) — Jakhnine. L'adénopathie

trachéo-bronchique simple chez les enfants. (*Thèse de Paris.*) — Lemaire. Les injections de solutions salines dans les broncho-pneumonies infantiles. (*Thèse de Lille.*) — Tissier. Emphysème suraigu compliquant une broncho-pneumonie. (*Soc. anat. Paris*, 25 nov.) — Desmons. Traitement de la broncho-pneumonie des enfants par les bains chauds. (*Nord méd.*, 15 déc.) — Chambard-Hénon. Pneumonie grave chez un enfant, bains froids. (*Lyon méd.*, 21 nov.) — Lamarque. De la valeur de la percussion métallique combinée à l'auscultation dans le diagnostic de la pleurésie chez l'enfant. (*Thèse de Bordeaux.*) — Barbour. L'empyème chez l'enfant. (*N.-York med. j.*, 13 nov.) — Levy. Traitement de l'empyème chez l'enfant. (*Jahrb. f. Kind.*, XLVI, p. 1.) — Levy. Traitement de l'empyème pleural chez l'enfant. (*Thèse de Strasbourg.*) — Terrin. Sur la tuberculose pulmonaire infantile. (*Thèse de Montpellier.*) — Pfaundler. La capacité de l'estomac de l'enfant. (*Wien. klin. Woch.*, 4 nov.) — Rousseau. De la dilatation de l'estomac chez les nourrissons. (*Thèse de Paris.*) — Gregor. De la leucocytose de digestion dans les gastro-entérites des nouveau-nés. (*Thèse de Breslau.*) — Calmels. La colite chez les enfants. (*Thèse de Paris.*) — Byers. La constipation infantile. (*J. Amer. med. Ass.*, 11 déc.) — Schlichthdorsh. De la cirrhose du foie chez l'enfant. (*Thèse de Marbourg.*) — Schmidt. Atrophie aiguë du foie chez un enfant de 2 ans et demi. (*Thèse de Kiel.*) — Heubner. De la néphrite chronique et de l'albuminurie dans l'enfance. (*Berlin. klin. Wochen.*, 25 oct.) — Comby. Néphrite aiguë simple des enfants. (*Méd. mod.*, 1er déc.) — Eichenberger. Un cas de diabète insipide chez l'enfant. (*Berl. klin. Woch.*, 12 juill.) — Tschernoff. De la chlorose chez les enfants. (*Jahrb. f. Kind.*, XLV, p. 393.) — Moizard. La maladie de Barlow (scorbut infantile. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, 10 déc.) — Audebert. Origine de l'hydropisie généralisée du nouveau-né. (*Rev. mens. mal. de l'enf.*, déc.) — Pinkus. Fœtus hydropique. (*Berlin. klin. Wochens.*, 27 sept.) — Dauchez. Dermatite herpétiforme chez un enfant de 10 mois. (*France méd.*, 17 déc.) — Comba. Deux cas de septicémie et de sclérodermie des nouveau-nés. (*Settim. med.*, 20 nov.) — Constensoux. Péritonite tuberculeuse consécutive à une double salpingite chez une enfant d'un an. (*Soc. anat. Paris*, 3 déc.) — Trouvé. De l'invagination intestinale chez l'enfant. (*Thèse de Paris.*) — Tissier et Mercier. Volvulus congénital. (*Bull. méd.*, 21 nov.) — König. Opération de prolapsus rectal grave chez un enfant. (*Berlin. klin. Wochens.*, 26 juill.) — Hanssen. Prolapsus utérin total chez un nouveau-né atteint de spina bifido. (*Münch. med. Woch.*, 21 sept.) — Coley. Traitement des hernies dans l'enfance. (*Med. News*, 18 déc.) — Besser. Convulsions dues à un phimosis chez un enfant de 7 mois. (*Med. Record*, 18 déc.) — Albertin. Taille hypogastrique pour calculs vésicaux de l'enfant. (*Lyon méd.*, 28 nov.) — Arqué. De la taille hypogastrique chez les enfants. (*Thèse de Montpellier.*) — Herzog. Un cas de tumeur complexe des ovaires chez l'enfant. (*Berlin. klin. Wochens.*, 20 déc.) — Robin. Tumeur du sterno mastoïdien chez un nouveau-né, myosclérose interstitielle. (*Soc. anat. Paris*, 26 nov.) — Brault. Quelques cas d'ostéoclasie et d'ostéotomie chez l'enfant. (*Arch. prov. de chir.*, VI, p. 747.) — Meslay. Ostéomyélite à streptocoques chez un nourrisson. (*Soc. anat. Paris*, 19 nov.)

Épilepsie. — Les sensations subjectives de l'épilepsie. (*Practitioner*, déc.) — Féré. Les rêves d'accès chez les épileptiques. (*Méd. mod.*, 8 déc.) — Lohmueller. De l'amnésie épileptique. (*Thèse de Marbourg.*) — Féré. Sur le réflexe pharyngien chez les épileptiques. (*Soc. de Biol.*, 13 nov.) — Charon et Briche. Sur l'alcalescence du sang et les injections de solutions salines chez les épileptiques. (*Arch. de Neurol.*, déc.) —

ORLANDI. De l'épilepsie jacksonienne toxique. (*Giorn. Accad. med. Torino*, LX, p. 721.) — CLARK. Un cas de paroxysme asthmatique prenant la place d'attaques d'épiplepsie. (*Boston med. surg. J.*, 16 déc.) — BRIAND. Traitement de l'épilepsie essentielle par les opérations sur le sympathique cervical. (*Thèse de Bordeaux.*) — UNVERRICHT. Pathogénie et traitement de l'épilepsie. (*Berlin. klin. Wochens.*, 12 juill.) — HEBOLD. L'établissement municipal de Berlin pour les épileptiques à Werhlgarten. Nature et traitement de l'épilepsie. (*Hyg. Rundsch.*, 15 nov.)

Épithélioma. — FISSE. De l'épithéliomatose de Paget. (*Thèse de Toulouse.*)

Érysipèle. — JANNI. Histologie pathologique de la peau dans l'érysipèle. (*Cent. f. Bakt.*, XXII, p. 733.) — BERNHARDT. Pachydermie dans l'érysipèle habituel de la face. (*Münch. med. Woch.*, p. 887, 10 août.) — THOINOT et GRIFFON. Note sur l'aortite aiguë, complication de l'érysipèle de la face. (*Soc. méd. des hôp.*, 22 oct.) — MOULIN. Histoire de l'érysipèle au point de vue thérapeutique. (*Thèse de Paris.*) — DAUCHEZ. Le sérum antistreptococcique dans l'érysipèle du nouveau-né. (*France méd.*, 12 nov.)

Estomac. — BARBERA. Excitabilité de l'estomac de la grenouille. (*Zeit. f. Biol.*, XXXVI, p. 239.) — PREVOST. De la sécrétion stomacale. (*Rev. méd. Suisse rom.*, oct.) — SALASKINE. Etude sur la digestion. (*Arch. russes de pathol.*, nov.) — LAVROV. Chimisme de la digestion peptique et triptique des albuminoïdes. (*Thèse de St-Pétersb.*) — SCHUELE. De la sécrétion de pepsine dans l'estomac normal. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXIII, p. 538.) — HEWES. Analyse chimique du contenu de l'estomac. (*Boston med. J.*, 25 nov.) — MONTAGNON. Action des boissons chaudes sur la fonction stomacale. (*Loire méd.*, 15 nov.) — W. LINDEMANN. Sur les conditions de solubilité de la paracaséine dans le suc gastrique artificiel. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXLIX, 1.) — EHRMANN. Relations réciproques entre le déficit d'acide chlorhydrique et l'acide chlorhydrique combiné du contenu stomacal. (*Berlin. klin. Wochens.*, 20 déc.) — ROUX et BALTHAZARD. Etude du fonctionnement moteur de l'estomac à l'aide des rayons de Rœntgen. (*Arch. de phys.*, X, p. 85.) — KUTTNER. De la gastroscopie. (*Berlin. klin. Wochens.*, 18 oct.) — CARLE et FANTINO. Pathologie et thérapeutique de l'estomac. (*Arch. f. klin. Chir.*, LVI, p. 1.) — ROSENHEIM. De l'insuffisance motrice de l'estomac. (*Berl. klin. Woch.*, 15 mars.) — ROSENHEIM. De la dyspepsie nerveuse. (*Ibid.*, 18 oct.) — VIAUD. Le vertige stomacal et le caféisme. (*Tribune méd.*, 24 nov.) — LAINÉ. Des érosions hémorragiques de l'estomac. (*Thèse de Paris.*) — NAUWERCK. Gastritis ulcerosa chronica. (*Münch. med. Woch.*, 31 août.) — LIEBMANN. Sur l'hyperacidité. (*Boston med. J.*, 4 nov.) — SANSONI. Sur la pathogénie de l'hyperchlorhydrie primitive. (*Riforma med.*, 28 mai.) — JOSLIN. Recherches sur l'état de la nutrition après alimentation avec les peptones et l'eucaine dans un cas d'ulcère rond, un de gastrectomie et un de gastro-entérostomie. (*Berlin. klin. Woch.*, 29 nov.) — SCHLATTER La nutrition et l'alimentation après la suppression de l'estomac, œsophago, entérostomie. (*Beit. klin. Chir.*, XIX, p. 757.) — WROBLEWSKI. Notice chimique concernant une extirpation totale de l'estomac. (*Cent. f. Phys.*- XI, p. 665.) — MONGOUR. Dilatation de l'estomac par sténose du pylore. (*J. méd. Bordeaux*, 31 oct.) — BOYD. La signification de la dilatation de l'estomac dans les maladies fonctionnelles et organiques de l'estomac. (*Dublin Journ.*, déc.) — BOAS. Femme atteinte d'entéroptose avec agitation peristaltique de l'estomac et de l'intestin. (*Berlin. klin. Woch.*, 12 juill.) — SHATTUCK, PORTER et WRIGHT. Dilatation atone de l'estomac, gastrorraphie. (*Trans. Amer. surg. Assoc.*, XV, p. 383.) — REINHARDT. 2 cas de gastrec-

tasie opérés par plissement. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 15 mai.) — Schmidt. Technique de la gastrostomie. (*Thèse de Kiel.*) — Jacot-Descombes. Pathogénie de l'ulcère rond de l'estomac. (*Thèse de Paris.*) — Cade. Ulcère perforant de l'estomac. (*Lyon méd.*, 7 nov.) — Morély. Ulcère rond de l'estomac à évolution latente, perforation, péritonite généralisée. (*Soc. anat. Paris*, 10 déc.) — Dieulafoy. Transformation de l'ulcère stomacal en cancer. (*Presse méd.*, 10 nov.) — Delagenière. Gastrectomie partielle pour ulcère de l'estomac. (*Bull. méd.*, 28 juillet.) — Tuffier. 3 gastro-entérostomies pour ulcères simples de l'estomac avec hématémèses ou péritonite. (*Bull. soc. de chir.*, XXIII, p. 795.) — Schwyzer. Hypertrophie congénitale et sténose du pylore. (*N. York med. j.*, 27 nov.) — Hayem. Sténose pylorique. (*Presse méd.*, 20 nov.) — Taylor. Sténose pylorique traitée par le procédé de Loreta, puis par l'opération de Doyen. (*Lancet*, 13 nov.) — Hofmann. Leucocytose de digestion dans le cancer de l'estomac. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXIII, p. 460.) — Rodriguez y Abaytua. Diagnostic du cancer de l'estomac, particulièrement dans ses rapports avec le chimisme gastrique. (*Broch. Madrid.*) — Labat. Cancer latent de l'estomac. (*J. méd. Bordeaux*, 31 oct.) — Hensen. Sur la présence d'infusoires dans le contenu stomacal dans le cancer de l'estomac. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LIX, p. 450. — Lyonnet et Bonne. Cancer de l'estomac, ouverture dans la rate. (*Province méd.*, 6 nov.) — Neumann. De la perforation par corps étrangers dans le cancer de l'estomac. (*Thèse de Munich.*) — Lacharrière. De la gastro-entérostomie dans le cancer du pylore. (*Ann. policlin. Bordeaux*, nov.) — Guinard. Cancer du pylore, pylorectomie, guérison. (*Soc. anat. Paris*, 10 déc.) — Chauffard. Sténose pylorique. Gastro-entéro-anastomose. Etat du malade trois mois après l'opération. (*Soc. méd. des hôp.*, 22 oct.) — Chaput. Un cas d'ulcère gastrique avec dégénérescence cancéreuse au début. Pylorectomie, guérison. (*Ibid.*, 15 oct.) — Desfosses. Gastro-entérostomie pour cancer du pylore. (*Soc. anat. Paris*, 15 oct.) — Bezancon et Bertherand. Tumeur de la rate secondaire à un épithélioma de l'estomac, gastro-entérostomie postérieure. (*Ibid.*, 3 déc.) — Jessop. Cancer du pylore, pylorectomie. (*Brit. med. j.*, 4 déc.) — Tuffier. Gastro-entérostomie postérieure pour ulcère de l'estomac avec péritonite. (*Bull. soc. de chir.*, XXIII, p. 762.) — Rösing. 1° Cancer de l'estomac coexistant avec un cancer du péritoine; 2° Cancer du grand cul-de-sac de l'estomac, perforation; abcès sous-diaphragmatique enkysté; péritonite généralisée. (*Berlin. klin. Woch.*, 7 juin.) — Ewald. 3 cas de pylorectomie pour cancer, dont 2 cas avec présence d'acide chlorhydrique et absence de lactique; guérison depuis 6 mois. (*Ibid.*, p. 618, 12 juill.) — Reichard. 16 gastrectomies. (*Ibid.*, 8 nov.) — Forgue. Sur la gastrotomie. (*11e Cong. chir. Paris*, p. 429.) — Faure. Nouveau procédé de gastro-entérostomie. (*Ibid.*, p. 421.) — Fiessinger. Le bicarbonate de soude dans l'hyperchlorhydrie. (*Rev. intern. de thérap.*, 15 sept.) — Kölbl. Sur l'emploi de l'orexine comme stomachique. (*Wiener med. Woch.*, 18 déc.) — Cuony. Guérison d'une affection cancéreuse de l'estomac, ext. de chélidoine. (*Rev. méd. Suisse romande*, août.) — Gros. Cure de repos absolu et prolongé de l'estomac avec alimentation rectale exclusive. (*Thèse de Lyon.*)

Exanthème. — Audry. Erythème récidivant des extrémités, classification provisoire des acrodermatites. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 1141.) — Arctander. Affection cutanée causée par la primula obconica. (*Ibid.*, p. 1100.) — Görlitz. De l'érythème noueux. (*Münch. med. Woch.*, 16 nov.) — Ruyssen. Erythème rubéoliforme dû à l'antipyrine. (*Bull. soc. de méd. du Nord*, 22 oct.) — Juliusberg. Un cas d'exanthème psoriasiforme et lichénoïde (*Arch. f. Dermat.*, XLI, p. 257.) — Mibelli. Les érythèmes par l'antipyrine.

(*Giorn. ital. mal. ven.*, XXXII, p. 575.) — COURTADE. Des hydrargyries cutanées d'origine médicamenteuse. (*Thèse de Toulouse.*) — ROSENTHAL. Les exanthèmes hydrargyriques. (*Wiener med. Woch.*, 16 oct.)

F

Face. — MOREL-LAVALLÉE. Troubles trophiques unilatéraux de la face et de la bouche. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 1261). — HAYNES. Angionévrose de la face. (*N. York med.*, *j.* 25 déc.) — ANDRÉ. Des troubles de la sécrétion salivaire dans les paralysies faciales et périphériques. (*Gaz. hebd. Paris*, 23 déc.) — BONNIER. Troubles oculomoteurs dans la paralysie faciale périphérique. (*Ibid.*, 14 nov.) — JABOULAY. La destruction du nerf facial produit la parésie, mais non la paralysie complète de l'orbiculaire des paupières. (*Lyon méd.*, 5 déc.) — LÉPINE. 2 cas de paralysie faciale. (*Ibid.*, 5 déc.) — MEYER. Lésions dans un cas de paralysie faciale durant depuis 10 ans chez un paralytique général, notes sur la terminaison du nerf auditif (*J. of. exper. med.*, II, p. 607.) — DEJERINE et THÉOHARI. Un cas de paralysie faciale périphérique dite à frigore, avec autopsie. (*Soc. de biol.* 4 déc.)

Ferment. — PUGLIÈSE. Influence de la chaleur sur les ferments diastasiques. (*Arch. f. ges. Phys.* LXIX, p. 115). — LIERCHER. Action du lab. (*Ibid.*, p. 141.) — V. MORACZEWSKI. Des enzymes. (*Ibid.*, LXIX, p. 32). — PORTIER. Les oxydases dans la série animale, leur rôle physiologique. (*Thèse de Paris.*) — SOMMER. Etude du lab ferment et de son action. (*Thèse de Wurtzbourg.*) — De SZUMOWSKI. Sur la fixation des enzymes par la fibrine. (*Arch. de phys.* X, p. 160.)

Fièvre. — SCHULTESS. Nouveaux résultats sur les rapports entre la fièvre et l'albuminurie. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LX, p. 54.) — CABOT. La stimulation alcoolique dans la fièvre continue. (*Boston med. j.* 2 déc.)

Fièvre jaune. — SANARELLI. Le bacille de Sternberg et mon bacille ictéroïde. (*Cent. f. Bakt.* XXII, p. 668). — STERNBERG. Sur l'étiologie et le traitement spécifique de la fièvre jaune (*Med. News.*, 13 nov.) — MATAS. Etiologie et pathologie de la fièvre jaune. (*Ibid.*) — DABNEY. Traitement de la fièvre jaune. (*Ibid.*) — THOINOT. L'étiologie de la fièvre jaune d'après les travaux les plus récents. (*Ann. d'hyg. publ.*, août.) — SANARELLI. L'immunité et la sérothérapie contre la fièvre jaune. (*Ann. Inst. Pasteur*, XI, p. 753.)

Fistule. — De BOVIS. Fistule urinaire ombilicale probablement tuberculeuse. (*Soc. anat. Paris*, 3 déc.) — CHAVANNAZ. Des fistules vésico-intestinales acquises chez l'homme. (*Ann. mal. org. gén. urin.* nov.) — VERDELET. Du traitement des fistules vésico-vaginales par l'occlusion du vagin (*Thèse de Bordeaux.*) — SAVOR. Fistule vésico-utérine d'origine rare. (*Cent. f. Gyn.*, 11 déc.)

Foie. — BROUHA. Sur les premières phases du développement du foie et sur l'évolution des pancréas ventraux chez les oiseaux. (*Anat. Anz.* XIV, p. 234).

— Schlater. Histologie du foie. (*Anat. Anz.*, XIV, p. 209). — Jacquemet. Le recessus hépato-cystique. (*Marseille méd.* 1er août). — Abelous et Billard. De l'action anticoagulante du foie des crustacés. (*Soc. de biol.*, 20 nov.) — Abelous et Billard. De l'action du suc hépatique d'écrevisse sur la circulation. (*Ibid.*, 18 déc.) — Camus. Influence de la dessication et des hautes températures sur le plasma hépatique de peptone. (*Ibid.*, 18 déc.) — Gilbert, Carnot et Choay. Sur la préparation des extraits hépatiques. (*Ibid.*, 4 déc.) — Cavazzani. Sur le mécanisme de la transformation du glycogène du foie en glucose. (*Arch. ital. de biol.* XXVIII, p. 91). — Dastre et Floresco. Fonction martiale du foie chez tous les animaux. (*Arch. de phys.*, X, p. 176). — Dalché. Les métrorragies dans les maladies du foie. (*Soc. méd. des hôp.*, 12 nov.) — Baylac. De la valeur de la glycosurie alimentaire dans le diagnostic de l'insuffisance hépatique. (*Soc. de biol.*, 11 déc.) — Barth. De la colique hépatique et de son traitement par l'huile d'olives à haute dose. (*Semaine méd.*, 1 déc.) — Chaperon. Huile d'olives dans la colique hépatique. (*Rev. méd. Suisse romande.*, août). — Hübler *senior*. Périhépatite hyperplastique chronique. (*Berlin. klin. Wochens.*, 20 déc.) — Chengelidze. Sur les hépatites suppurées (*Vratch*, 23 oct.) — Windsor. De l'abcès tropical du foie. (*Lancet*, 4 déc.) — Rabé. Abcès du foie et salpingite purulente. (*Soc. anat. Paris*, 15 oct.) — Picqué et Macé. Sur un cas d'abcès du foie. (*Gaz. hebd. Paris*, 14 nov.) — Bertrand. Sur un abcès du foie. (*Bull. Acad. de méd.*, 20 juill.) — Lafourcade. 2 cas d'abcès du foie. (*Bull. soc. de chir.*, XXIII, p. 831). — Josserand. Des abcès dysentériques tardifs du foie. (*Lyon méd.*, 5 déc.). — Lyon. Abcès du foie, rupture dans le poumon, guérison. (*Lancet*, 20 nov.) — Saingery. Sur l'étiologie des cirrhoses du foie, en particulier de la cirrhose du buveur. (In-8°, 149 p., *Paris*). — Weber. Causes de l'hypertrophie de la rate dans la cirrhose du foie. (*Edinb. med. j.* déc.) — Ewald. Cirrhose hépatique de marche insolite avec hémorragie mortelle. (*Berlin. klin. Wochens.*, 13 déc.) — Kahlden. Association de l'atrophie jaune aiguë du foie avec la cirrhose hépatique. (*Münch. med. Woch.*, 5 oct.) — Blanc. Observation d'hépatopexie pour une hépatoptose totale. (*Normandie méd.*, 15 déc.) — Terrier. Sur l'ablation des tumeurs du foie chez l'homme. (*Bull. Soc. de chir.* XXIII, p. 759.) — Elliot. Traitement d'une tumeur du foie, excision d'une portion du foie pour sarcome alvéolaire. (*Trans. amer. surg. Ass.*, XV, p. 257). — Suchard et Teissier. Lymphadénome du foie. (*Soc. anat. Paris*, 24 déc.) — Scheffer. Histogenèse du cavernome du foie. (*Thèse de Bonn.*) — Gerlach. Des kystes congénitaux du foie. (*Thèse de Marbourg*). — Ullmann. Sur la résection du foie. (*Wiener med. Woch.*, 20 nov.)

Fracture. — Bellinger. Un cas de fracture du sternum. (*Thèse de Bonn.*) — Manley. Un cas de fracture spontanée de la clavicule. (*Med. Record*, 25 déc.) — Picquet. Fracture de l'avant-bras et consolidation vicieuse. (*Thèse de Paris.*) — Kahleyss. Des fractures de l'extrémité inférieure du radius. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLV, p. 531.) — Gordon. Un cas de fracture compliquée du radius traitée par la résection. (*Dublin Journ.*, nov.) — Mauclaire. Fracture de l'extrémité inférieure du radius avec esquille gênant les mouvements de pronation et de supination, ablation. (*Soc. anat. Paris*, 8 oct.) — Tracy. Traitement de la fracture de Colles. (*J. amer. med. Ass.*, 20 nov.) — Hatton. Fracture du col du fémur chez une femme de 73 ans, guérison. (*N. York med. j.*, 13 nov.) — Gallant. Attelle triangulaire de van Arsdale dans le traitement des fractures du fémur chez les enfants au-dessous de 6 ans. (*J. amer. med. Ass.*, 18 déc.) — Ransohoff. Traitement des fractures sous-cutanées irréductibles. (*Trans. amer. surg. Ass.*, XV, p. 203.) — Harte. Disjonction epiphysaire du fémur. (*Ibid.*, p. 115). — Annequin. Des

résultats éloignés de 4 cas de fracture récente de la rotule traitée par la suture métallique, radiographie des cals. (*Arch. de méd. mil.*, déc.) — LINDEMANN. Traitement des fractures transversales de la rotule et de l'olécrâne. (*Berlin. klin. Wochens.*, 22 nov.) — FISKE. La méthode ambulante dans les fractures de jambe chez les enfants. (*J. amer. med. Ass.*, 18 déc.) — DESPREZ. Traitement des fractures de la jambe à l'aide des bandes de gutta-percha. (*11e Cong. chir. Paris.*, p. 655.) — KUEMMER. Recherches expérimentales sur les diverses formes de fractures astragaliennes. (*Ibid.*, p. 658.) — KOPITS. Fracture de jambe intrautérine. (*Berlin. klin. Woch.*, 6 déc.) — PARKHILL. Nouvel appareil pour la fixation des os après la résection et dans les fractures avec tendance au déplacement. (*Trans. amer. surg. Assoc.*, XV, p. 251.) — GOURENITCH. Traitement des fractures simples par le massage. (*Vratch.*, 11 déc.) — BUSCARLET. Du massage dans les fractures. (*Rev. méd. Suisse romande*, déc.)

G

Gangrène. — HOUSELL. De la gangrène phéniquée (*Beit. z. klin. Chir.*, XIX, p. 623 — FRANKENBURGER. Un nouveau cas de gangrène phéniquée. (*Münch. med. Woch.*, 12 oct.) — DINEVIEZ. 3 cas de gangrène des doigts à la suite de pansements phéniqués. (*Rev. méd. Suisse romande*, juin.) — AUDRY. Gangrène disséminée de la peau d'origine iodopotassique. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 1095.) — LANGHELD. Sur deux cas de gangrène. (*Thèse de Greifswald.*) — CHAVIGNY. Gangrène gazeuse provoquée par un bacille spécifique. (*Ann. Inst. Pasteur*, XI, p. 860.) — CAMESCASSE. Traitement des douleurs de la gangrène des extrémités par les applications externes d'acide salicylique. (*Soc. de thér.*, 24 nov.) — DEYROLLE. De la noma, son traitement chirurgical. (*Thèse de Lyon.*) — DE RHAM. Un cas de maladie de Raynaud. (*Rev. méd. Suisse romande*, août.)

Génitaux (Org.) — PLATO. Anatomie et physiologie des organes sexuels. (*Arch. f. mik. Anat.*, L, p. 640.) — REESE. Troubles causés par le phimosis. (*Med. Record*, 30 oct.) — BRULANT. Du paraphimosis. (*Thèse de Lille.*) — BAYET. Les lésions de la verge pouvant simuler le chancre syphilitique. (*J. méd. Bruxelles*, 23 déc.) — THOMSON. Cancer du pénis. (*Brit. med. j.*, 25 déc.) — GIRARD. Epithélioma de la verge. (*Dauphiné méd.* déc.) — CHOURYGUINE. Lésions anatomiques du pénis dans la vieillesse. (*Vratch*, 18 déc.) — BERRUT. Malformation de l'appareil de la génération chez une femme; création d'un vagin. (11e *Cong. chir. Paris*, p. 927.) — PION. De l'imperforation de l'hymen. (*Thèse de Paris.*) — CORDIER. Traitement des bartholinites chroniques. (*Lyon méd.*, 19 déc.) — BARTH. Sur l'anatomie topographique appliquée des organes pelviens de la femme. (*Norsk Mag.*, nov., p. 1185.) — E. TUSZKAI. Blessure rare de la vulve située entre clitoris et urètre intacts. (*Berlin. klin. Woch.*, 6 sept.)

Géographie médicale. — PLEHN. Sur la pathologie comparée des nègres au Kameroun. (*Arch. f. path. Anat.*, CXLVI, 3.) — TREILLE. Des variations de composition de l'atmosphère des régions intertropicales dans leurs rapports avec la pathologie générale de ces régions. (*Janus*, nov.) — RUGE. Contri-

bution à la géographie médicale de la côte occidentale de l'Amérique du Sud. (*Berlin. klin. Wochens.*, 15 nov.) — CHASTANG. La verruga du Pérou ou maladie de Carrion, revue et analyse de quelques travaux récents des médecins péruviens. (*Arch. de méd. nav.*. déc.) — NOGUÉ. Morsures du tétrodon, amputation radicale de la verge, caractères de ces morsures. (*Ibid.*, déc.)

Glaucome. — DESBONNETS. Pathogénie et traitement du glaucome. (*Arch. méd. belges*, nov.) — ROCHON-DUVIGNEAUD. Le glaucome infantile, son traitement. (*J. de clin. inf.*, 18 nov.)

Goutte. — RITTER. Sédiments uratiques et goutte. (*Zeit. f. Biol.*, XXXV, p. 155.) — HIS JEUNE. De la goutte. (*Berlin. klin. Woch.*, 11 oct.) — PRUVOST. Observation pouvant servir à éclairer la pathogénie des phlébites goutteuses. (*France méd.*, 3 déc.)

Grippe. — GRASSBERGER. Bactériologie de l'influenza. (*Zeit. f. Hyg.*, XXV, 2.) — NATHAN. De l'influenza dans ses rapports avec l'oreille. (*Thèse de Wurtzbourg.*) — MOREL-LAVALLÉE. Pleurésie sèche d'origine grippale. (*Soc. méd. des hôp.*, 26 nov.)

Grossesse. — VON RHAMDOHR. Grossesse et sages-femmes. (*Med. Record*, 18 déc.) — FAUCON. Pesées et mensurations fœtales à différents âges de la grossesse. (*Thèse de Paris.*) — EDEN. Diagnostic précoce de la grossesse. (*Amer. j. of med. sc.*, déc.) — SCHWAB. De l'auto-intoxication gravidique et de ses conséquences. (*Arch. gén. de méd.*, déc.) — MERLETTI. Des auto-intoxications gravidiques. (*Morgagni*, nov.) — AHLFELD. De la grossesse cervicale et du placenta cervical. (*Cent. f. Gyn.*, 4 déc.) — STIEDA. De l'anémie splénique dans la grossesse. (*Cent. f. Gyn.*, 6 nov.) — FARRAND. Maladies compliquant la grossesse. (*Amer. j. of Obst.*, déc.) — GASSION. Influence de quelques lésions cérébrales sur la gestation. (*Thèse de Bordeaux.*) — TOWNSEND. Phtisie et grossesse. (*Boston med. J.*, 14 oct.) — WALSCHOL. Influence de la grossesse sur les maladies du cœur. (*J. méd. Bruxelles*, 23 déc.) — LVOFF. Maladies du cœur et grossesse. (*Ann. de gyn.*, déc.) — BOUILLIER. De l'appendicite pendant la grossesse. (*Thèse de Lyon.*) — SCHMIDT. La lithotomie pendant la grossesse. (*Cent. f. Gyn.*, 27 nov.) — SCHUHL. Déplacement d'un fibrome du segment inférieur de l'utérus pendant la grossesse. (*Rev. méd. de l'Est*, 1 nov.) — PLATON. Grossesse et utérus fibromateux; naissance d'un enfant pseudencéphale à terme et vivant. (*Marseille méd.*, 15 déc.) — KOBER. Grossesse et accouchement après les antéfixations. (*Thèse de Breslau.*) — BLANC. De la grossesse et du travail après l'hystéropexie abdominale antérieure. (*Thèse de Lyon.*) — SEIFERT. Grossesse avec utérus bicorne. (*Thèse de Kiel.*) — FEHLING. La conduite du médecin dans les grossesses et accouchements compliqués de cancer du col de l'utérus. (*Münch. med. Woch.*, 23 nov.) — QUERNEAU. De l'éventration consécutive à la grossesse. (*Thèse de Paris.*) — DOLÉRIS. Traitement de l'éventration consécutive à la grossesse. (*J. méd. Paris*, 14 nov.) — STRASSMANN. La formation des grossesses extrautérines. (*Berl. klin. Woch.*, 6 sept.) — SCHWARZWAELLER. 2 cas de grossesse extrautérine. (*Ibid.*, 11 oct.) — PRICE. Cas de grossesses extrautérines. (*J. Amer. med. Ass.*, 25 déc.) — HOLST. Grossesse extrautérine avec éclampsie. (*Norsk Mag.*, déc.) p. 1341.) — ROYSTER. Grossesse combinée intra et extrautérine, le 1er enfant délivré naturellement, l'autre mort enlevé par céliotomie 4 semaines après. (*Amer. j. of Obst.*, déc.) — BATIGNE. Hématocèle rétroutérine par rupture de grossesse tubaire. (*Soc. anat. Paris*, 24 déc.) — ROCHARD. Grossesse extrautérine péritonéale, laparatomie, guérison. (*Bull. Soc. chir.*, XXIII,

p. 628.) — MONGIE. Du traitement chirurgical de la grossesse extrautérine. (*Thèse de Bordeaux.*) — BOVEE. La voie vaginale dans l'opération de la rupture de la grossesse tubaire. (*J. Amer. med. Ass.*, 25 déc.)

Gynécologie. — BUMPF. Etudes de gynécologie opératoire. (*Arch. f. Gyn.*, LV, p. 177.) — KELLOGG. Gynécologie rationnelle. (*Med. News*, 18 déc.) — KLEINWAECHTER. De l'organothérapie en gynécologie. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXVII, p. 367.) — PARVIN. Le b. coli dans ses relations avec les maladies infectieuses de la femme. (*Amer. j. of Obst.*, déc.) — NORDHOFF-JUNG. Le traitement de Thure-Brandt en gynécologie. (*Ibid.*, déc.)

H

Helminthiase. — MATIGNON. L'helminthiase intestinale à Pékin. (*Ann. d'hyg. publ.*, nov.) — PEIPER. Symptomatologie des parasites animaux. (*Deut. med. Woch.*, 25 nov.) — MARCHEGAY. Symptômes analogues à ceux de la colique hépatique occasionnés par le ténia. (*Thèse de Paris.*) — LEROY. Bilieuse hématurique avec angiocholite occasionnée par des distomes. (*Arch. de méd. nav.*, nov.) — FRŒLICH. Des tumeurs vermineuses chez les enfants. Un cas d'abcès vermineux essentiel dû à des oxyures chez un petit garçon. (*Rev. mal. de l'enf.*, nov.) — LAUREN. Rhizoma aspidii spinulosi et son extrait éthéré comme vermifuge. (*Finska läkar. handlingar*, XXXIX, p. 1225.) — CABOT. Diagnostic de la trichinose. (*Boston med. j.*, 30 déc.)

Hémoglobinurie. — EWALD. De l'hémoglobinurie quinique. (*Berlin. klin. Woch.*, 19 juill.) — HOFF. Un cas d'hémoglobinurie paroxystique. (*Berl. klin. Woch.*, 23 août.)

Hémorragie. — PELLERIN. Etude de quelques hémorragies chez le vieillard. (*Thèse de Paris.*) — DITTICH. Un cas d'hémorragie mortelle par le cordon ombilical ligaturé. (*Prager med. Woch.*, 28 oct.) — ROSENWASSER. Le traitement de l'hémorragie pelvienne circonscrite. (*J. amer. med. Ass.*, 27 nov.) — OPPENHEIMER. Le nez et le pharynx dans les cas d'hémophilie. (*N. York med. j.*, 4 déc.) — DEJAGE. Hémophilie traitée avec succès par le corps thyroïde. (*Méd. mod.*, 1er déc.)

Hémorroïde. — WIESINGER. Opération des bourrelets hémorroïdaux. (*Berlin. klin. Woch.*, 22 nov.) — DAVIS. Traitement des hémorroïdes. (*Ther. Gaz.*, 15 déc.) — ADLER. Le traitement des hémorroïdes par la méthode des injections. (*J. amer. med. Ass.*, 16 oct.) — J. LUCAS CHAMPIONNIÈRE. Traitement et opérations applicables aux hémorroïdes. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, 10 déc.)

Hernie. — BRACKEL. De la tuberculose herniaire. (*St-Petersb. med. Woch.*, 30 oct.) — NURDIN. Tuberculose herniaire. (*Thèse de Paris.*) — SANTUCCI. De la tuberculose herniaire. (*Settim. med.*, 4 déc.) — FISHER. Hernie diaphragmatique, perforation de l'estomac. (*Lancet*, 18 déc.) — FLEURY. Des hernies épigastriques. (*Thèse de Paris.*) — DE MAYO. Des hernies par

glissement du gros intestin. (*Ibid.*) — Aaron. Troubles stomacaux causés par la hernie de la ligne blanche épigastrique. (*Med. Record*, 20 nov.) — Moty. Hernie graisseuse de la ligne blanche. (*Bull. Soc. de méd. du Nord*,, 22 nov.) — G. Julliard. 3 cas de hernies étranglées gangréneuses traitées par l'établissement d'un anus contre nature avec entérectomie secondaire. (*Rev. méd. Suisse romande*, juin.) — Gilis. Cure radicale d'une grosse hernie inguinale. (*Bull. Soc. de chir.*, XXIII, p. 782.) — Lemoniet. Sur un cas de péritonite herniaire. (*Ibid.*, p. 784.) — Nimier. Traitement de la hernie inguinale par la méthode sclérogène. (11[e] *Cong. chir. Paris*, p. 404.) — Villar. Les nouveaux procédés de cure radicale des hernies inguinales (*Ibid.*, p. 394.) — Frœlich. Cure radicale des hernies inguinales chez le nourrisson. (*Ibid.*, p. 409.) — Gigli et Baroni. Sutures profondes amovibles. Cure radicale des hernies inguinales, par la méthode Bassini, sans fils perdus. (*Settim. med.*, 16 oct.) — Duplay et Cazin. Méthode générale de cure radicale des hernies inguinales sans fils perdus. (*Semaine méd.*, 22 déc.) — Demirleau. Les procédés modernes de cure radicale de la hernie crurale, procédé de Delagénière. (*Thèse de Paris.*) — Kummer. Hernie crurale opérée, mort subite 8 jours après. (*Rev. méd. Suisse romande*, déc.) — Vanderhoof. Un cas de hernie appendiculaire étranglée. (*Med. Record*, 13 nov.) — Pascal. Des hernies intestinales et appendiculaires dans la fossette rétro-cœcale. (*Thèse de Lyon.*) — Pinatel. Hernie de l'appendice simulant une hernie inguinale étranglée. (*Loire méd.*, 15 déc.) — Heft. Appendice étranglé dans une hernie crurale. (*Soc. anat. Paris*, 26 nov.) — Segelmann. Des hernies de l'appendice iléo-cœcal. (*Thèse de Paris.*) — Hedmann. Un cas de hernie ombilicale congénitale, avec intervention chirurgicale chez un nouveau-né. (*Finska läkar. handlingar*, déc.) — Sartorius. De l'omphalocèle congénitale. (*Thèse de Wurtzbourg.*) — Smith. Hernie ombilicale étranglée. (*Med. Record*, 18 déc.) — Schilling. Enorme hernie ombilicale, hydropisie herniaire exceptionnelle, ulcère de décubitus, érysipèle, perforation. Guérison relative. (*Münch. med. Woch.*, 2 nov.) — Saling. Traitement des hernies ombilicales. (*Thèse de Wurtzbourg.*) — Pfoehl. Mécanisme de l'étranglement herniaire. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte.* 1[er] juill.) — Hobbs. La cure radicale des hernies chez les aliénés. (*Amer. j. of obst.*, nov.) — Taillens. Résultats éloignés de la cure radicale des hernies. (*Thèse de Lausanne.*)

Histologie. — Campbell. L'emploi du formol au laboratoire de neurologie. (*J. of mental sc.*, oct.) — Frey. Coloration par l'or de la myéline. (*Arch. f. Anat. supp. Band*, p. 108.) — Ohlmacher. Liquide fixateur pour les recherches histologiques. (*J. of exp. med.*, II, p. 671.) — Wyroubow. La résorcine, succédané de l'acide osmique dans le procédé de Pal. (*Rev. russe de psych.* déc.)

Hôpital. — Les prisons et hôpitaux russes. (*Hyg. Rundsch.*, 15 juin.) — Pervès. Asiles pour les vieux marins de commerce en Hollande. (*Arch. de méd. nav.*, nov.) — Eyraud. De l'organisation hospitalière des prompts secours. (*Thèse de Paris.*) — Thoinot. Organisation dans les hôpitaux d'un service de désinfection de crachats de tuberculeux. (*Ann. d'hyg. publ.*, déc.)

Hydatide. — Cade. Kyste hydatique du cerveau. (*Lyon méd.*, 31 oct.) — Potherat. Deux cas de kyste hydatique du poumon. (*11[e] Congr. chir. Paris*, p. 363, 20 oct.) — Roche. Quelques localisations rares de l'échinocoque, appareil digestif, système nerveux, etc. (*Thèse de Lyon.*) — Soudakow. 11 cas d'échinocoques. (*Vratch*, 30 oct.) — Sargnon. Kyste hydatique

aréolaire du foie pris pour un cancer. (*Lyon méd.*, 12 déc.) — CORTÈZ Y GONZALEZ. Essai critique sur les divers traitements chirurgicaux des kystes hydatiques intra-hépatiques. (*Thèse de Madrid.*) — KÉTLY. Kyste hydatique du foie traité par les injections de sublimé. (*Berlin. klin. Woch.*, 6 déc.) — HARTMANN. La splénectomie dans les kystes hydatiques de la rate (*11e Congr. chir. Paris*, p. 501.) — APERT. Kystes hydatiques calcifiés de l'épiploon. (*Soc. anat. Paris*, 24 déc.) — PÉAN. Kystes hydatiques multiples de l'abdomen et du bassin. (*J. de méd. Paris*, 28 nov.) — BRAUNE. Des hydatides de la cavité abdominale. (*Thèse de Marbourg.*) — VAUZELLE. Kystes hydatiques du bassin. (*Soc. Anat. Paris*, 17 déc.) — GOINARD et SERGENT. Kyste hydatique de la mamelle. (*Arch. prov. de chir.*, VI, p. 682.)

Hygiène. — MONOD. L'hygiène publique. (In-8° 271 p. *Paris.*) — ARMAINGAUD. Sur l'enseignement populaire de l'hygiène. (*Rev. d'hyg.*, juin.) — PROUST. La conférence sanitaire internationale à Venise en 1897. (*Ibid.*, juill.) — SUSSKAND. Devoirs de la police sanitaire dans les campagnes. (*Viertelj. f. gericht. Med.*, oct.) — NEEFI. Influence de l'aisance sur la mortalité à Breslau. (*Zeitschrift. f. Hyg.*, XXIV.) — BOJU. De l'assistance médicale dans un département. (*Thèse de Paris.*) — STUVER. L'influence de l'école sur le développement et la santé des enfants. (*J. Amer. med. Ass.*, 18 déc.) — VUILLERMOZ. Les colonies scolaires de vacances à Lyon. (*Ann. d'hyg. publ.*, sept.) — BREITER. La main, organe de propagation des maladies microbiennes. (*Med. Record*, 4 déc.) — DUCELLIER. Hygiène cycliste. (*Genève.*) — GUILLEMET. Des effets psycho-physiologiques de la bicyclette. (*Thèse de Bordeaux.*) — DORNBLUTH. Le médecin scolaire. (*Berlin. klin. Woch.*, 8 nov.) — PAULI. Influence du travail scolaire sur la santé et le développement physique des enfants. (*Ibid.*, 6 sept.) — BEUTNER. Les nouvelles constructions scolaires de Ludwigshafen, en pavillons séparés au lieu d'un bâtiment monumental. (*Hyg. Rundsch.*, 1er juillet, p. 674.) — HOMBURGER. L'éclairage naturel dans les écoles. (*Thèse Heidelberg.*) — RIETSCHEL. Le choix d'un système de ventilation pour les écoles, théâtres, hôpitaux, etc. (*Hyg. Rundsch.*, 1er mai.) — MANGENOT. Latrines scolaires. (*Rev. d'hyg.*, déc.) — Vœu de la Société vaudoise de médecine sur l'introduction dans les écoles de l'écriture droite avec cahier médian droit. (*Rev. médic. Suisse romande*, juin.) — BURGENSTEIN. Moyen facile de placer les écoliers sur les bancs qui correspondent à leur taille. (*Zeitschrift f. Schulgesund.*, IX.) — HINTRAGER. Des vestiaires pour écoliers. (*Ibid.*, IX.) — SCHMIDTMANN et PROSKAUER. Etat de la question d'assainissement urbain. (*Viertelj. f. gerich. Med.*, juill.) — MASSON. L'assainissement de la maison à Paris en 1897. (*Rev. d'hyg.*, déc.) — LANDSBERGER. L'inspection des logements dans la ville de Posen. (*Deutsche Viertelj. f. œffentl. Gesund.*, XXIX, p. 455.) — ROUGE. Hygiène de l'habitation privée à Paris. (*Thèse de Paris.*) — DU MESNIL. Les habitations à bon marché au congrès de Bruxelles. (*Ann. d'hyg. publ.*, oct.) — CHEYSSON. Les habitations à bon marché depuis la loi du 30 novembre 1894. (*Rev. d'Hyg.*, mai.) — Mlle PLOSNIKOFF. La question des habitations à bon marché. (*Thèse de Genève.*) — PAULI. De la désinfection des logements ruraux. (*Hyg. Rundsch.*, 1er déc.) — MEIDINGER. Chauffage par poêles. (*Deutsche Viertelj. f. œffentl. Gesundh.*, XXIX, p. 585.) — JACKSON. Les appareils de chauffage et l'hygiène. (*J. Amer. med. Ass.*, 20 nov.) — LE ROY DES BARRES. Projet de réglementation des maisons de santé. (*Cons. salubr. Seine*, 11 juin.) — LE ROY DES BARRES. Traitement industriel des ordures ménagères. (*Ibid.*, 10 déc.) — RUHEMANN. Boîtes à ordures ménagères hygiéniques. (*Hyg. Rundsch.*, 1er oct.) — TRÉLAT. La nouvelle gare de la Compagnie d'Orléans

au point de vue de l'hygiène urbaine. (*Rev. d'hyg.*, oct.) — Clarke. Sur les systèmes d'égouts des grandes villes. (*J. Amer. med. Ass.*, 23 oct.) — Donaldson. Disposition sanitaire des tuyaux de vidanges. (*Med. News*, 13 nov.) — Gérardin. Sur l'odeur de Paris. (*Rev. d'hyg.*, juin.) — Vallin. La destruction et l'utilisation agricole des immondices urbaines. (*Ibid.*, août.) — Launay. Champ d'épandage de la ville de Paris et le port agricole d'Achères. (*Ibid.*, déc.) — Thoinot. Le tout à l'égout parisien devant le Congrès de la propriété bâtie. (*Ann. d'hyg.,* nov.) — Möhlfeld. La surveillance du commerce des viandes dans les campagnes et les petites villes ; institutions et prescriptions de police sanitaire nécessaires à cet égard. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, XIV, supplém.) — Richard. Le nouvel abattoir de la rive gauche à Paris. (*Rev. d'hyg.*, nov.) — Vallin. De la cuisson des viandes. (*Ibid.*, sept.) — Brocchi. Nocivité des huîtres et des moules. (*Thèse de Paris.*) — Barrier. Rapport sur une tuerie de volailles. (*Cons. salubr. Seine*, 14 mai.) — Smolenski. La viande de poisson au point de vue de l'hygiène. (*Hyg. Rundsch.*, 15 nov.) — Roth. Examen microscopique du beurre au point de vue des microbes, spécialement du tuberculeux. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 sept.) — Schuler. Les conditions hygiéniques des meuniers en Suisse. (*Deutsche Viertelj. f. œffentl., Gesundh.*, XXIX, p. 513.) — Vallin. La protestation des blanchisseuses contre les dangers du linge sale. (*Rev. d'hyg.*, nov.) — Kremer. Appareil à lessivage accéléré, décuvage mécanique. (*Ibid.*, oct.) — Vallin. Rapport sur la désinfection, préalablement à tout lavage, des linges contaminés. *Cons. salubr. Seine*, 29 oct.) — Vallin. Mesures contre la transmission de maladies aux blanchisseuses par le linge sale. (*Ibid.*, 26 nov.) — Le Roy des Barres. Rapport sur un atelier de préparation de la muqueuse d'œsophage de bœufs. (*Ibid.*, 25 juin.) — Bunel. Rapport sur une fabrique d'ouate. (*Ibid.*, 20 août, p. 334.) — Le Roy des Barres. Rapport sur un dépôt de pulpes de betteraves. (*Ibid.*, 10 déc.) — Bunel. Rapport sur un chantier de combustibles. (*Ibid.*, 26 nov.) — Bunel. Rapport sur les conditions à imposer aux scieries mécaniques. (*Ibid.*, 10 déc.) — Jungfleisch. Classement de l'industrie des crayons et encres lithographiques. (*Ibid.*, 10 déc) — Riche. Classement de la fabrication par des procédés nouveaux du cyanure de potassium et du chlorhydrate d'ammoniaque. (*Ibid.*, 10 déc.) — Vieille. Rapport sur un accident dû au carbure de calcium. (*Ibid.*) — Riche. Classement du broyage du carbure de calcium. (*Ibid.*, 12 nov.) — Bunel. Rapport sur un atelier de façonnage de celluloïde dans un atelier de force motrice. (*Ibid.*, 1er oct.) — Nocard. Transport des nivets et autres matières insalubres. (*Ibid.*, 15 oct.) — Linder. Insalubrité causée par une ancienne carrière. (*Ibid.*) — Morel. Des clos d'équarrissage, industrie, hygiène publique et professionnelle. (*Thèse de Paris.*) — Bertenson. L'industrie du pétrole au point de vue sanitaire. (*Arch. russes de pathol.*, oct.) — Camescasse. Email sans plomb pour poterie commune (*Rev. d'hyg.*, juin.) — Depaire. Sur les fabriques de baleines artificielles au moyen de tendons ou d'os de bœuf. (*Mouv. hygiéniq.*, juin.) — Blas. Sur une fabrique de parfums artificiels, vanilline et ionone. (*Ibid.*, juin.) — Du Mesnil. De l'interdiction de fabriques et de vente des biberons à tube. (*Ann. d'hyg. publ.*, juin.)

Hypnotisme. — Liégeois. La question des suggestions criminelles. (*Rev. de l'hypnot.*, oct.) — Joire. De la suggestion mentale. (*Ibid.*) — Voisin. Accès de manie aiguë arrêtés par la suggestion à l'état de veille. (*Ibid.*) — Farez. Névrose trémulente guérie par la suggestion. (*Ibid.*)

Hystérie. — Burr. L'hystérie chez les enfants. (*J. Amer. med. Ass.*, 4 déc.)

— Mocquot. Hystérie intra-infectieuse. (*Thèse de Montpellier.*) — Geisler. Un cas de bégaiement hystérique. (*Thèse d'Erlangen.*) — Ballet. L'amaurose hystérique unilatérale. (*Presse méd.*, 18 nov.) — Pansier. L'amaurose hystérique, dédoublement de la vision consciente et de la vision polygonale. (*Ann. d'ocul.*, déc.) — Westphal. Symptômes pupillaires dans l'hystérie. (*Berlin. klin. Woch.*, 22 et 29 nov.) — Coombs Knapp. Neurasthénie et hystérie traumatiques. (*Brain*, nº 79, p. 385.) — Drey. Des contractures hystériques. (*Thèse de Marbourg.*) — Bidlot et Francotte. Trismus hystérique persistant durant plus de 9 mois. (*J. de neurol.*, 20 nov.) — Mirallié et Chapus. Un cas de diathèse de contracture hystérique. (*Gaz. méd. Nantes*, 18 déc.) — Glaeser. Hémiplégie hystérique. (*Deut. med. Woch.*, 16 déc.) — Lyonnet et Bonne. Un cas d'hémiplégie hystérique accompagné d'atrophie. (*Lyon méd.*, 7 nov.) — Biro. Névrite et névralgie sciatique et hystérie. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, XI, p. 207.) — Destarac. 3 cas de paralysie hystérique chez l'enfant, valeur diagnostique et thérapeutique de l'électricité. (*Arch. d'élect. méd.*, 15 déc.) — Hyde. Des stigmates hémorragiques. (*J. of cut. dis.*, déc.) — Porte. Hématémèse d'origine hystérique. (*Dauphiné méd.*, oct.) — Lepinte. L'arthralgie hystérique du genou. (*Thèse de Bordeaux.*) — Vedeler. Sur la dysménorrée hystérique. (*Norsk Mag.*, oct.. p. 1098.) — Montfort et Mirallié. Eczéma palmaire chez une hystérique. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 1264.)

I-K

Ichtyose. — Winfield. Étiologie de l'ichtyose congénitale. (*J. of cut. dis.*, nov.) — Joseph. Ichtyose grave. (*Berlin. klin. Wochens.*, 29 nov.)

Idiotie. — Raw. Idiotie épileptique avec lipomes diffus, ichtyose, nævi, améliorée par l'extrait thyroïdien. (*J. of mental sc.*, oct.) — Forel. Sur l'expertise de l'idiotie morale. (*Münch. med. Woch.*, 9 nov.)

Impétigo. — Levézier. Traitement de l'impétigo par la franklinisation. (*Thèse de Lille* et *Nord méd.* 15 déc.)

Inanition. — Beccari. Le fer de la bile dans l'inanition. (*Arch. ital. de biol.*, XXVIII, p. 206.) — Lassignardie. Sur l'état mental dans l'abstinence. (*Thèse de Bordeaux.*)

Infection. — Bourgain. La digitale dans les infections en général. (*Thèse de Paris.*) — Le Faguays. Des maladies infectieuses dont le germe pathogène est inconnu ou douteux. (*Thèse de Paris.*) — Haubold. L'auto-intoxication. (*N.-York. med. j.*, 25 déc.) — Triboulet et Tollemer. Infection pyocyanique généralisée. (*Soc. anat. Paris*, 29 oct.) — Nicholls. Quelques cas d'infection par le bacille aérogène capsulé. (*Brit. med. j.*, 25 déc.) — Le Noir et Gouget. Contribution à l'étude des infections à streptocoques. (*Arch. gén. de méd.*, déc.) — Depasse. Des hémorragies dans les maladies infectieuses. (*France méd.*, 17 déc.) — Vidal. Influence des inhalations chloroformiques sur la résistance de l'organisme aux infections. (*Soc. de biol.*, 11 déc.) —

Credé. De l'emploi des sels d'argent dans les maladies infectieuses. (*Berlin. klin. Wochens.*, 11 oct.) — O. Huber et F. Blumenthal. Des effets antitoxiques et thérapeutiques du sang humain de convalescents de maladies infectieuses (scarlatine, rougeole, pneumonie et érysipèle). (*Ibid.*, 2 août.)

Injection. — Villanova. Sur la valeur thérapeutique des injections d'eau salée froide par voie rectale dans les toxémies fébriles de nature microbienne. (*Thèse de Paris.*) — Bosc et Vedel. Etude clinique des injections intra veineuses et sous-cutanées d'eau salée dans le traitement des infections et des intoxications. (*Rev. de méd.* nov.) — Quinton. L'eau de mer en injections intra-veineuses aux doses fortes. (*Soc. de biol.*, 13 nov.) — Hallion. (*Ibid.*, 4 déc.) — Quinton et Julia. Injections comparatives d'eau de mer et de sérum artificiel. (*Ibid.*, 11 déc.) — Delezenne. Recherches sur le mécanisme de l'action anticoagulante des injections intra-vasculaires de peptone, de sérum d'anguille et d'extraits d'organes. (*N. Montpellier méd.*, suppl. juil.)

Intestin. — Schulze. Historique de la topographie de l'intestin. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LIX, p. 598.) — Mall. Développement de l'intestin, sa situation dans la grossesse. (*Arch. f. Anat.* suppl. Band., p. 403.) — Stoehr. Développement des glandes lymphatiques de l'intestin. (*Arch. f. mik. Anat.*, LI, p. 1.) — Bégouin. De l'influence des sections du mésentère sur la vitalité de l'intestin grêle. (*Arch. de phys.*, X, p. 39.) — Kovesi. Résorption intestinale. (*Cent. f. Phys.*, XI, p. 553.) — Cohnheim. Résorption intestinale. (*Zeit. f. Biol.*, XXXVI, p. 129.) — Jagot. Entérite chronique avec entéroptose, autopsie. (*Arch. méd. Angers*, I, p. 615.) — Horand. Côlite polypeuse. (*Lyon méd.*, 28 nov.) — Winograde. De l'ulcère simple du duodénum. (*Arch. russes de pathol.*, sept.) — Descheemaker. De l'antisepsie intestinale. (*Thèse de Paris.*) — Quiret. Le dermatol dans les diarrhées. (*Thèse de Lille.*) — Godfrey. Position anormale de l'appendice. (*Western med. Gaz.* déc.) — Allen. Origine de l'appendicite. (*Trans. Amer. surg. Ass.*, XV, p. 561.) — Krueger. L'appendicite et ses rapports avec l'état des organes génitaux chez la femme. (*Thèse de Berlin.*) — Born. De l'appendicite tuberculeuse. (*Thèse de Berlin.*) — Esnault. De l'appendicite et particulièrement du siège pelvien. (*Thèse de Paris.*) — Cuthbertson. Les phases de la pathologie de l'appendicite. (*J. Amer. med. Ass.*, 4 déc.) — Petit. Pathologie de l'appendicite, état actuel de la question. (*Thèse de Montpellier.*) — Letulle et Weinberg. Appendicite aiguë perforante. (*Soc. anat. Paris.*, 3 déc.) — Leroy. Diagnostic différentiel de l'appendicite. ((*Thèse de Paris.*) — Jewett. Un cas particulier d'appendicite. (*Med. Record.*, 13 nov.) — Shimonek. 2 cas d'appendicite perforante gangreneuse. (*Med. news*, 27 nov.) — Letulle et Weinberg. Appendicite oblitérante. (*Soc. anat. Paris*, 29 oct.) — Hartmann et Mignot. Sur un cas d'appendicite à rechutes étudié au point de vue pathogénique. (*Bull. soc. chir.*, XXIII, p. 698.) — Moty. Observation de cure radicale d'appendicite. (*Bull. soc. de méd. du Nord.*, 22 nov.) — Schulten. De l'extirpation de l'appendice à froid, ses indications. (*Finska lakar. Handlingar*, XXXIX, juill.) — Kummer. 2 cas de résection de l'appendice à froid. (*Rev. méd. Suisse romande*, déc.) — Fowler. Diagnostic différentiel des lésions chirurgicales du flanc droit et de la région pelvienne à droite; examen spécial du diagnostic de l'appendicite. (*J. Amer. med. Ass.*, 6 nov.) — Lavabre. De l'intervention chirurgicale dans les formes diverses d'appendicite. (*Thèse de Lyon.*) — Delagénière. Des relations de l'appendicite et des affections septiques des annexes. (*11e Cong. chir. Paris*, p. 908.) — Rioblanc. Appendicite suppurée compliquée de septicémie. (*Ibid.*) — Chevallier. Quelques cas d'appendicite. (*Ibid.*, p. 483.) —

Potherat. Sur quelques formes anormales d'appendicite. (*Ibid.*, p. 475.) — Isch-Wall. Manuel opératoire de l'extirpation de l'appendice à froid. (*Ibid.* p. 481.) — Duret. Du traitement des abcès rétro-cœcaux dans les appendicites. (*Ibid.*, p. 461.) — Kammerer. Modification de l'incision du bord externe du muscle droit dans le traitement de l'appendicite. (*Med. Record.*, 11 déc.) — Sonnenburg. Tuberculose de l'appendice et du cœcum. (*Berlin. klin. Wochens.*, 11 oct.) — Schuchardt. Un cas de tuberculose de l'appendice vermiforme. (*Ibid.*, p. 897.) — Inhuelsen. De la présence simultanée de sarcome et de cancer de l'intestin. (*Thèse de Marbourg.*) — Guenther. Un cas de cancer duodénal. (*Thèse d'Iéna.*) — Guinard. Cancer de l'angle gauche du colon, résection du colon. (*Soc. anat. Paris.*, 17 déc.) — Letulle. Cancer colloïde du duodénum développé sur un ulcère simple. (*Soc. anat. Paris.*, 15 oct., et *Soc. méd. des hôp.*, 26 nov.) — Mossé et Daunic. Cancer primitif de l'appendice. (*Soc. anat. Paris.*, 19 nov.) — Krukenberg. Myome du colon ascendant. (*Cent. f. Gyn.*, 31 déc.) — Carel. De la résection de l'anse iléo-cœcale. (*Thèse de Paris.*) — Vautrin. Traitement chirurgical des tumeurs du gros intestin. (*11e Cong. chir. Paris.*, p. 432.) — Troje. Opération des rétrécissements tuberculeux multiples de l'intestin. (*Berlin. klin. Wochens*, 18 oct.)

Iris. — Koelliker. Du dilatateur de la pupille. (*Anat. Anz.*, XIV, p. 200.) — Agababow. Nature de la zonule ciliaire. (*Arch. f. mik. Anat.*, L, p. 563.) — Schirmer. Pathologie de la dilatation pupillaire et des fibres centripètes iriennes. (*Arch. f. Opht.*, XLIV, p. 358.) — Tümanzew. Influence du sympathique sur la pupille de l'autre côté du corps. (*Centralbl. f. med. Wiss.*, p. 465.) — Zimmermann. Remarques sur le cas de Schultze d'iritis tuberculeuse et de kératite parenchymateuse. (*Arch. f. Opht.*, XLIV, p. 258.) — Deschamps. Iridochoroïdite et endométrite à staphylocoques. (*Dauphiné méd.*, avril.) — Spicer et Marshall. Tuberculose de l'iris et du corps ciliaire. (*Trans. opht. Soc.*, XVII, p. 31.)

Kyste. — Ginsberg. Un cas de kyste par rétention intra cornéen. (*Cent. f. prakt. Aug.*, déc.) — Klapp. Des kystes dermoïdes de la bouche. (*Beit. z. klin. Chir.*, XIX, p. 609.) — Plauth. Cystadénome papillifère du cou. (*Thèse de Heidelberg.*) — Buffet. Kyste multiloculaire du cou. (*Bull. soc. de chir.*, XXIII, p. 800.) — Mauny. Kyste séreux congénital de la base du cou chez un enfant de 22 mois. (*11e Cong. chir. Paris.*, p. 271.) — Ekehorn. Kystes dermoïdes du médiastin. (*Arch. f. klin. Chir.*, LVI, p. 107.) — Girard. Kyste séreux du pli du coude. (*Dauphiné méd.*, déc.) — Choueninoff. Structure et formation des kystes chyleux dans l'intestin de l'homme. (*Thèse de Saint-Pétersbourg.*)

L

Lacrymal (app.). — Tavernier. De la dacryocystite tuberculeuse considérée comme point de départ du lupus de la peau, de la muqueuse nasale, de la conjonctive palpébrale. (*Thèse de Lille.*) — Burchardt. Traitement des affections du sac lacrymal. (*Berlin. klin. Woch.*, 13 déc.) — Hormann. La sonde à demeure dans les affections du canal lacrymal. (*Klin.*

Mon. f. Aug., déc.) — De Wecker. De l'efficacité de l'ablation de la glande lacrymale palpébrale. (*Progrès méd.*, 20 nov.) — Cousergue. De l'extirpation de la glande lacrymale orbitaire comme traitement de l'épiphora. (*Thèse de Lyon.*)

Lait. — Froidevaux. Dosage du beurre dans les laits étendus d'eau, le lait de femme, les laits maternisés, concentrés. (*J. de pharm.*, 1er déc.) — Feinberg. La présence du bacille de Lœffler dans le lait. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXIII, p. 432, et *Thèse de Berlin.*) — Hesse. Succédané du lait de femme. (*Berlin. klin. Woch.*, 25 oct.) — Variot. Le lait pur dans l'allaitement artificiel. (*J. de clin. inf.*, 16 déc.) — Dubrisay. Du lait stérilisé. (*France méd.*, 10 déc.) — Bolognesi. Le lait maternisé dans l'alimentation des nouveau-nés. (*Ibid.*, 5 nov.) — Tirone. La police sanitaire du lait. (*Thèse de Genève.*) — Springfeld. Police du lait à Berlin. (*Hyg. Rundsch.*, 1er août.)

Langue. — Roeske. Terminaisons nerveuses dans les papilles fongiformes de la langue. (*Thèse de Berlin.*) — Melchior-Robert. Observation nouvelle de langue noire pileuse. (*Marseille méd.*, 15 déc.) — Duplay. Grenouillette sublinguale. (*Gaz. hebd. Paris*, 21 nov.) — Daireaux. De l'abcès rétrolingual. (*Thèse de Lyon.*) — Gerhardi. Un cas de macroglossie. (*Münch. med. Woch.*, 2 nov.) — Agar. Fibrome de la langue. (*London lar. Soc.*, 10 nov.) — Brault. Macroglossie, lymphangiectasie du plancher de la bouche et des régions cervico-faciale, amputation conoïde de la langue, ponctions des lymphangiomes, présence du pneumocoque, guérison. (*Ann. mal. de l'or.*, nov.) — Brocq et Bernard. Hémato-lymphangiome de la langue et du voile du palais. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 1113.) — Jeanne. Epithélioma de la langue sous-jacent à une plaque de leucoplasie, mou par généralisation dans le poumon, la plèvre, le cœur, etc. (*Soc. anat. Paris*, 31 juill.) — Oullier. De l'amputation totale de la langue par la voie transhyoïdienne. (*Thèse de Lyon.*) — Beuf. Des troubles fonctionnels consécutifs à l'amputation totale de la langue, résultats de la prothèse linguale. (*Thèse de Lyon.*)

Laparotomie. — Noltschini. Des laparatomies secondaires. (*Berlin. klin. Woch.*, 11 oct.) — Le même. De la laparotomie secondaire chez la femme. (*Ann. de gyn.*, nov.) — Largeau. De la laparotomie en général. (*Prog. méd.*, 27 nov.) — Doran. Hernies de la cicatrice abdominale, leur traitement. (*Lancet*, 27 nov.) — Huschenbett. Emploi du drainage dans les laparotomies. (*Thèse de Halle.*)

Larynx. — Meyer. Les muscles internes du larynx. (*Arch. f. Laryng.*, VI, p. 428.) — Giacomini. La plica semi-lunaris et le larynx chez les singes anthropomorphes. (*Arch. ital. de biol.*, XXVIII, p. 98.) — Bergeat. La composition des cartilages du larynx. (*Arch. f. Laryng.*, VI, p. 198.) — Meltzer. La fermeture de la glotte pendant la déglutition. (*Brit. med. j.*, 20 nov.) — Lichtwitz. L'éclairage à l'acétylène en laryngologie, rhinologie et otologie. (*Ann. mal. de l'or.*, déc.) — Muller. La teneur en germes des voies respiratoires des animaux sains. (*Münch. med. Woch.*, 7 déc.) — Kirstein. Lémoscopie générale. (*Arch. f. Laryng.*, VI, p. 482.) — Fraenkel. Autoscopie et lémoscopie. (*Ibid.*, p. 489.) — Ferreri. La valeur de l'autoscopie du larynx pour le diagnostic et le traitement. (*Boll. mal. dell' Orecchio*, XV, p. 264.) — Behnke. La voix parlée, développement et conservation. (*Londres.*) — Palmer. La voie correcte. (*Ibid.*) — Gilles. Traité des défauts de la voix, leur correction. In-8° de 58 p. (*Montpellier.*) — Courtade. Des troubles de

la voix d'origine naso-pharyngienne chez les chanteurs. (*Arch. int. de lar.*, X, p. 646.) — Scheppegrell. Cataphorèse en oto-laryngologie. (*Laryngoscope*, oct.) — Thomas. Recherches expérimentales sur la pénétration des vapeurs médicamenteuses dans les voies aériennes. (*Ibid.*, nov.) — Goldhammer. Le gaïacol dans la toux chronique. (*Med. Record*, 23 oct.) — Uchermann. Laryngite aiguë rhumatismale circonscrite. (*Deut. med. Woch.*, 18 nov., et *Norsk Mag.*, déc., p. 1295.) — Goldscheider. Laryngite aiguë rhumatismale circonscrite. (*Deut. med. Woch.*, 9 déc.) — Brown. Laryngite chronique aryténoïdienne. (*Brit. med. j.*, 27 nov.) — Tilley. Laryngite chronique hypertrophique simulant une tumeur maligne. (*London lar. Soc.*, 10 nov.) — Rosenberg. Laryngite fibrineuse. (*Therap. Woch.*, 19 déc.) — Shurly. Laryngite pseudo-membraneuse. (*Ther. Gaz.*, 15 déc.) — Franck. Adénite cervicale chronique, angine aiguë, laryngite œdémateuse, laryngotomie intercricothyroïdienne, guérison. (*Arch. de méd. mil.*, déc.) — Périneau. Des œdèmes aigus primitifs du larynx chez l'adulte. (*Thèse de Bordeaux.*) — Kuester. Périchondrite totale du thyroïde à la suite d'une fièvre typhoïde. (*Berlin. klin. Woch.*, 6 sept.) — Stuffer. De l'aphonie toxique. (*Arch. f. Laryng.*, VI, p. 450.) — Herzfeld. Aphtes épiglottiques. (*Berlin. klin. Woch.*, 6 déc.) — Crouzillac. Sur un cas d'aphonie réflexe d'origine nasale chez une hystérique. (*Ann. mal. de l'or.*, déc.) — Bonnes. De la voix eunuchoïde. (*Rev. hebd. de lar.*, 13 nov.) — Maljutin. Education de la voix par le diapason, son emploi pour la guérison des parésies des cordes vocales. (*Arch. f. Laryng.*, VI, p. 193.) — Daly. Signification de la paralysie laryngée. (*Brit. med. j.*, 13 nov.) — Grossmann. La question des paralysies récurrentielles. (*Arch. f. Laryng.*, VI, p. 282.) — Réponse de Semon. (*Ibid.*, p. 492.) — Rosenbach. La question de la vulnérabilité des fibres récurrentielles. (*Ibid.*, p. 588.) — Fraenkel. Remarques sur le travail de Grossmann. (*Ibid.*, p. 598.) — Grabower. Recherches de Grossmann sur la paralysie des abducteurs. (*Cent. f. Phys.*, XI, p. 588.) — Spicer. Paralysie de la corde droite, du palais et du pharynx du côté droit, suite de lésion nerveuse cervicale. (*London lar. Soc.*, 10 nov.) — Ortner. Deux cas de paralysie du récurrent dans le rétrécissement mitral (pression par l'oreillette gauche distendue sur le nerf gauche. (*Wiener klin. Woch.*, n° 33.) — Derscheid. Tuberculose laryngée et altitude. (48 p. *Davos.*) — Sachs. Ulcère tuberculeux primitif du nez et du larynx. Opération, guérison. (*Münch. med. Woch.*, 19 oct.) — Langerhans. Un cas de phtisie laryngée au début traité par la nouvelle tuberculine de Koch (mort 6 semaines plus tard). (*Berlin. klin. Woch.*, 19 juill.) — Scheppegrell. Traitement de la tuberculose laryngée par la cataphorèse cuprique. (*Rev. intern. de rhinol.*, VII, p. 485.) — Le Marchadour. Traitement de la tuberculose laryngée. (*Rev. hebd. de lar.*, 6 nov.) — Gleitsmann. Les progrès dans le traitement de la tuberculose laryngée depuis le dernier congrès international. (*J. of laryng.*, déc.) — Donelan. Traitement de la tuberculose laryngée par les injections sous-muqueuses du gaïacol. (*Lancet*, 25 déc.) — Lacroix. Œdème précoce dans la syphilis secondaire du larynx. (*Arch. int. de lar.*, X, p. 673.) — Giordano. Tumeurs et lésions parasyphilitiques du larynx, un cas d'enlèvement tardif de la canule après une trachéotomie. (*Riv. Venet. sc. med.*, 15 nov.) — O'Dwyer. Sténose aiguë syphilitique du larynx, tubage, guérison. (*Brit. med. j.*, 27 nov.) — Gautrez. Traitement de la syphilis laryngée et en particulier des sténoses par le tubage. (*Thèse de Lyon.*) — Damieno. Sténoses laryngo-trachéales aiguës et chroniques, leur traitement. (*Boll. mal. dell Orecchio*, XV, p. 260.) — J. Herzfeld. Stridor laryngien congénital chez un nourrisson. (*Berlin. klin. Woch.*, 6 déc.) — Worthington. Prolapsus du ventricule de Morgagni. (*London lar. Soc.*, 10 nov.) — Hill.

Lupus du larynx. (*Ibid.*, 10 nov.) — HORNE. Kyste de l'épiglotte. (*Ibid.*) — WINGRAVE. Kyste thyrohyoïdien. (*Ibid.*) — MITTMANN. Des tumeurs vasculaires du larynx. (*Thèse de Wurzbourg.*) — FARLOW. Fibrome sous-glottique, ablation par trachéotomie et curetage. (*N. York med. j.*, 11 déc.) — GRAZZI. Complication, hémorragie grave après l'ablation d'un papillome du larynx. (*Settimana med.*, 11 déc.) — SEMON. L'opération radicale des tumeurs bénignes du larynx, en particulier de la thyrotomie. (*Arch. f. Laryng.*, VI, p. 375.) — BAR. Tumeur maligne du larynx chez un tuberculeux. (*Arch. int. de lar.*, X, p. 676.) — FRAENKEL. Traitement intra-laryngé du cancer du larynx. (*Arch. f. Laryng.*, VI, p. 362.) — DELAVAN. Les progrès récents dans le traitement chirurgical des tumeurs malignes du larynx. (*Brit. med. j.*, 27 nov.) — GLUCK. Traitement chirurgical des tumeurs malignes du larynx. (*Berlin. klin. Woch.*, 25 oct.) — RABOT. De l'extraction du tube d'O'Dwyer avec l'index gauche. (*Lyon méd.*, 13 nov.) — SEVESTRE. Le tubage du larynx. (*Tribune méd.*, 8 déc.)

Lèpre. — VAN DORSSENS. La lèpre à Batavia au XVIIe siècle. (*Janus*, nov.) — BROES VAN DORT. La lèpre dans la colonie hollandaise de Surinam. (*Derm. Zeit.*, IV, 5.) — ABRAHAM. La lèpre dans l'empire britannique. (*Brit. med. j.*, 13 nov.) — HAVELBURG. Notice historique sur l'apparition de la lèpre au Brésil (entre 1644-1697, par émigration portugaise). (*Berlin. klin. Woch.*, 16 août.) — FAGERLUND. Les lépreux en Finlande. (*Finska läk. handlingar.*, oct., p. 1287.) — Travaux de la conférence internationale sur la lèpre. (2 vol. in-8°, *Berlin.*) — JEANSELME. La conférence de Berlin et la prophylaxie de la lèpre. (*Presse méd.*, 21 déc.) — PETERSEN. Sur les premiers symptômes de la lèpre. (*Vratch*, 23 oct.) — BAELZ. De la lèpre et de son traitement. (*Berlin. klin. Woch.*, 15 nov.) — BLASCHKO. Nouveau cas de lèpre indigène. (*Ibid.*, 1er nov.) — PROUST. Cas de lèpre chez un Breton. (*Cons. salubr. Seine*, 29 oct.) — CARRIÈRE. Toxicité urinaire dans la lèpre. (*Soc. de biol.*, 20 nov.) — CALDERONE. Toxicité de l'urine et du sang des lépreux. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXXII, p. 596.) — DARIER. Recherches anatomo-pathologiques et bactériologiques sur les taches érythémato-pigmentées de la lèpre. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 1229.)

Leucémie. — FRIEDENWALD et MC CLEARY. Leucémie lymphatique. (*Med. News*, 6 nov.) — DOCK. Morphologie du sang leucémique. (*Berlin. klin. Woch.*, 4 oct.) — LENHARTZ. De la leucémie aiguë. (*Ibid.*, 27 déc.) — BEZREDKA. Les nouvelles tendances dans l'étude de la leucocythémie. (*Arch. russes de pathol.*, oct.)

Lichen. — HALLOPEAU. Du lichen de Wilson. (*Semaine méd.*, 8 déc.)

Lipome. — MORESTIN. Lipome intramusculaire congénital. (*Soc. anat. Paris*, 24 déc.) — DALCHÉ. Adipose localisée à la région des muscles droits abdominaux. Tumeurs symétriques multiples pseudolipomateuses. (*Soc. méd. des hôp.*, 15 oct.) — FRAIKIN. Lipome intermusculaire de la nuque. (*J. méd. Bordeaux*, 5 déc.)

Locomotion. — GULDBERG. La locomotion suivant une direction circulaire comme mouvement primordial chez les animaux. (*Zeit. f. Biol.*, XXXV, p. 419.) — BOURGEOIS. De la claudication intermittente par oblitération artérielle. (*Thèse de Paris.*)

Lupus. — SCHULZE. Traitement du lupus de la face par extirpation et greffes. (*Berlin. klin. Woch.*, 18 oct.) — FINSEN. Traitement du lupus vul-

gaire par les rayons chimiques concentrés. (*Semaine méd.*, 22 déc.) — Dubois-Havenith. Traitement du lupus par les injections de calomel. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 1269.)

Luxation. — Fraikin. Luxation traumatique unilatérale de la 7e vertèbre cervicale. (*J. méd. Bordeaux*, 21 nov.) — Krecke. Sur la suture dans la luxation susacromiale de la clavicule. (*Münch. med. Woch.*, 14 déc.) — Burrell et Lovett. Luxations habituelles ou récidivantes de l'épaule. (*Trans. Amer. surg. Ass.*, XV, p. 293.) — Souchon. Traitement chirurgical des luxations irréductibles de l'épaule récentes ou anciennes. Mémoire important, discussion de 133 cas publiés. (*Ibid.*, p. 311.) — Legros. De l'arthrotomie pour la réduction des luxations antéro-internes de l'épaule. (*Thèse de Bordeaux.*) — Weill. Appareil pour maintenir les luxations récentes et pour éviter les luxations habituelles de l'épaule. (*Münch. med. Woch.*, 30 nov.) — Demons. Procédé d'arthrotomie pour la cure des luxations de l'épaule. (*11e Congr. chir. Paris*, p. 710.) — Fulton. Luxation en avant de l'avant-bras. (*Med. Record*, 20 nov.) — Vehmeyer. Traitement des luxations anciennes du coude. (*Thèse de Gœttingue.*) — Berger. Luxation de l'os semi-lunaire, troubles de compression du nerf cubital, ablation. (*Bull. soc. de chir.*, XXIII, p. 763.) — Demons et Bégouin. Examen clinique et anatomo-pathologique d'une luxation traumatique suspubienne de la hanche chez un sujet mort 5 heures après l'accident. (*Ibid.*, XXIII, p. 635.) — Kummer. 3 cas de luxation coxofémorale spontanée chez des enfants. (*Rev. méd. Suisse romande*, sept.) — Hirsch. De la production de la luxation congénitale de la hanche. (*Münch. med. Woch.*, 7 déc.) — Bradford. Luxation congénitale de la hanche. (*Amer. j. of med. sc.*, nov.) — Rosenberg. Traitement chirurgical des luxations traumatiques irréductibles de la hanche. (*Thèse de Gœttingue.*) — Natalelli. Sur les traitements actuels de la luxation congénitale de la hanche. (*Thèse de Lyon.*) — Leray. Luxation incomplète en arrière du genou droit, déchirure des vaisseaux poplités, gangrène de la jambe, désarticulation du genou, puis amputation de la cuisse, guérison. (*Bull. soc. sc. de l'Ouest*, VI, p. 213.)

Lymphatique. — Nyström. Des lymphatiques du cœur. (*Arch. f. Anat.*, 5 et 6, p. 361.) — Clopatt. Etude de la lymphe. (*Finska läkar. handlingar*, XXXIX, p. 1497.) — Asher et Barbéra. Propriétés et formation de la lymphe. (*Zeits. f. Biol.*, XXXVI, p. 154.) — Meltzer et Norris. Action bactéricide de la lymphe retirée du canal thoracique. (*J. of exp. med.*, II p. 701.) — Crillon. Sur les adénopathies milo-hyoïdiennes. (*Thèse de Montpellier.*) — Miller. Etiologie et traitement des hypertrophies ganglionnaires cervicales. (*Scottish med. j.*, déc.) — Casteret. Bubon médian suspubien. (*Presse méd.*, 27 nov.) — Ardouin. Adénite tuberculeuse simulant le lymphosarcome. (*Soc. anat. Paris*, 19 nov.) — Duplay. Abcès froids ganglionnaires de la région cervicale, traitement. (*Bull. méd.*, 24 nov.) — Freudweiler. Lymphangiome circonscrit ou cystoïde cutané. (*Arch. f. Derm.*, XLI, p. 323.) — D'Arcy-Power. Disparition spontanée d'un lymphangiome kystique congénital. (*Brit. med. j.*, 4 déc.) — Vires. Diathèse lymphogène, lymphadénose. (*Gaz. des hôp.*, 4 déc.) — Fischer. Du lymphome malin. (*Berl. klin. Woch.*, 31 mai.)

M

Main. — BRATSON. Difformité congénitale des deux pouces. (*Scottish med. j.* déc.) — RIST. Dystrophie unguéale douloureuse, à évolution progressive, accompagnée d'arthropathies. (*Ann. de derm.* VIII, p. 1132.) — COLLINEAU et THIBIERGE. Dystrophie unguéale généralisée. (*Ibid.*, p. 1135.) — SINKLER. Trophonévrose des mains avec amputation spontanée des doigts. (*J. of nerv. dis.*, nov., p. 687.) — GUINEBAULT. De la rétraction de l'aponé vrose palmaire. (*Thèse de Paris.*) — BRAQUEHAYE. Autoplastie dans la mala die de Dupuytren. (*J. méd. Bordeaux*, 31 oct.) — MARCUS. Synovite fongueuse de la gaine palmaire interne. (*Lyon méd.*, 21 nov.) — SCHWŒRER. Du sarcome sous-unguéal. (*Thèse de Fribourg.*) — WIART. Epithélioma de la face dorsale de la main. (*Soc. anat. Paris*, 10 déc.)

Mal de mer. — KELSEY. Du mal de mer. (*New.York med. j.*, 6 nov.)

Maladie. — CHARRIN. Variations morbides et variations de terrain. (*Semaine méd.*, 29 déc.)

Maladie prof. — CHAUMANET. Pathologie de la bouche chez les souffleurs de verre. (*Thèse de Bordeaux.*) — WEISS. Les névroses professionnelles. (*Wiener med. Woch.*, 11 déc.) — GRÉGOIRE. La main de l'ouvrier fouleur chapelier. (*Loire méd.*, 15 août.)

Malformation. — PATRU. 1 cas d'hermaphrodisme chez un sujet mâle. (*Rev. méd. Suisse romande*, nov.) — STRŒBE. 1 cas de pseudohermaphrodisme masculin interne. (*Ziegler's Beiträge z. path., Anat.*, XXII, p. 300.)

Mamelle. — CHAUVIN. Sur l'origine des vaisseaux lymphatiques dans la glande mammaire, déductions pathologiques (*Thèse de Bordeaux.*) — BALZER et MICHAUX. Crevasses chancriformes des mamelons. (*Ann. de derm.* VIII, p. 1271.) — MAGNIAUX et ROBINEAU. 1 cas de polymastie. (*Normandie méd.*, 15 nov.) — GEORGHIU. Galactophorite double à streptocoques. (*Bull. méd.*, 21 nov.) — MAYS. 1 cas de mastite chronique, gangrène du mamelon et de ses environs, guérison. (*Münch. med. Woch.*, 26 oct.) — HÉRAUD. De la tuberculose mammaire (*Thèse de Montpellier.*) — DARTIGUES. Kyste simple de la mamelle. (*Soc. anat. Paris*, 19 nov.) — AUVRAY. Kyste du sein. (*Ibid.*, 29 oct.) — PASTEAU. Adénome capsulé du sein. (*Ibid.*, 5 nov.) — HERBET. Fibrome du sein. (*Soc. anat. Paris*, 24 déc.). — KUMMER. Squirrhe d'un lobe axillaire du sein. (*Rev. méd. Suisse romande*, juil.) — DUPLAY. Sur une forme particulière de cancer aigu du sein (*Bull. méd.*, 12 déc.) — ZEILE. Formation des métastases dans le cancer de la mamelle. (*Thèse de Wurtzbourg.*) — DUPLAY. Du pronostic et du traitement des tumeurs malignes du sein. (*Méd. mod.*, 17 nov.) — HASSENCAMP. Résultats des opérations de cancer mammaire. (*Thèse de Bonn.*)

Maxillaire. — LOCKARD. L'éclairage par transparence, moyen trompeur de diagnostic des sinusites maxillaires. (*New York med. j.*, 27 nov.) — ZIPFEL.

Empyème du sinus maxillaire. (*Bourgogne méd.*, oct.) — Cobb. Inflammation aiguë de l'antre d'Highmove. (*Boston med. surg. j.*, 9 déc.) — Gaudier. 1 cas d'empyème du sinus maxillaire de nature tuberculeuse, intervention par la fosse canine, guérison. (*Rev. hebd. de lar.*, 30 oct.) — Liambey. Traitement des sinusites maxillaires. (*Thèse de Paris.*) — Bœnninghaus Résection de la paroi nasale et faciale du sinus maxillaire dans l'empyème ancien. (*Arch. f. Laryng.*, VI, p. 213.) — Delucq. De l'ostéomyélite du maxillaire inférieur et de ses rapports avec la dentition. (*Thèse de Paris.*)— Kuhn. De la nécrose du maxillaire. (*Thèse de Breslau.*) — Delobel. Nécrose du maxillaire supérieur produite par le phosphore chez un tabagique. (*Gaz. méd. de Paris*, 20 nov.) — Moriality. Fractures du maxillaire inférieur; leur traitement. (*Boston med. surg. j.*, 18 nov.) — Loose. Traitement des fractures du maxillaire inférieur. (*Thèse de Halle.*) — Fröhlich. Résection du maxillaire supérieur pour tumeur maligne. (*Berl. klin. Woch.*, 29 nov.)

Médecine (hist.). — Launois. Les emmurés de Tirospol. (*Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, sept.) — Meige. Les pouilleux dans l'art. (*Ibid.*) — Richet. L'œuvre de Pasteur et la conception moderne de la médecine. (*Rev. scientif.*, 2 oct.) — Laboulbène. Laennec. (*Ibid.*, 4 déc.) — Chantemesse. Du rôle de la pathologie comparée dans les progrès de la médecine. (*Bull. méd.*, 10 nov.) — Béraud. Pathologie comparée sur la pathologie des sémites. (*Thèse de Bordeaux.*) — Barot. Aperçus historiques de quelques époques médicales. (*Ibid.*) — Fasbender. L'embryologie, l'obstétrique et la gynécologie dans les œuvres d'Hippocrate. Etude critique. (*Stuttgard.*) — Cornu. A l'hôpital il y a deux siècles, l'Hôtel-Dieu, les compagnons chirurgiens et externes. (*Thèse de Paris.*) — Orieulx de la Porte. Origine de la doctrine microbienne, Alphonse Guérin, sa vie, ses œuvres (In-8°, *Laval.*) — May. Arthrite rhumatoïde, ostéite déformante il y a 500 ans. (*Brit med. j.*, 4 déc.)

Médecine légale. — Bosc. La responsabilité médicale au point de vue judiciaire. (*Thèse de Paris.*) — Vidal. Le médecin comme fonctionnaire en Italie. (*Ann. d'hyg. publ.*, juill.) — Brouardel. Déclaration de naissance, situation du médecin vis-à-vis de la loi. (*Ibid.*, déc.) — Dufour. Mérycisme consécutif à un traumatisme, expertise médico-légale. (*Ibid.*) — Nina-Rodigues. 1 cas de blessure de la moelle par instrument piquant. (*Ibid.*) — La composition chimique du sang peut-elle servir d'indice pour reconnaître un accouchement récent? (*Ibid.*, août.) — Vallon. Tentative d'homicide volontaire par un aliéné persécuté. (*Ibid.*, juin.) — Sarda. Rapport médico-légal sur l'état mental d'un meurtrier. (*Ibid.*, août.) — Foveau de Courmelles. Appréciation médico-légale des lésions traumatiques au moyen des rayons X. (*Ibid.*, août.) — Brouardel. Rôle du médecin expert dans les procès et responsabilité médicale. (*Ibid.*, nov.) — Dufour. Tentative de suicide simulant une tentative de meurtre. (*Ibid.*, nov.) — Laugier. Relation médico-légale de l'affaire Aubert. (*Ibid.*, oct.) — Brouardel, Thoinot et Maygrier. Rapports médicaux sur l'affaire Boisleux-La Jarrige. (*Ibid.*, oct.) — Stepp. Contribution à l'expertise des maladies survenues à la suite d'accidents de chemin de fer. (*Münch. med. Woch.*, 12 oct.) — Stadelmann. Sur l'expertise des maladies survenant après les accidents de chemins de fer. (*Ibid.*, 16 nov.) — Hough. La faune des cadavres. (*Brit. med. j.*, 25 déc.) — Garnier. Le suicide collectif. (*Méd. mod.*, 20 nov.) — Fournier. Expertise médico-légale dans les cas de contamination de nourrice par nourrisson syphilitique. (*Bull. méd.*, 1 déc.) — Combe. Des adhérences pleurales au point de vue médico-légal. (*Thèse de Lyon.*) — Brouardel. Les procès en responsabilité médicale, procédure et rôle du

médecin expert. (*Gaz des hop.*, 10 nov.) — SHEPHERD. Eruptions simulées. (*J. of cut. dis.*, déc.). — SARDA et ARDIN-DELTEIL. Considérations médico-légales sur les plaies pénétrantes de poitrine par armes à feu. (*N. Montpellier méd. suppl.*, juill.) — A. CRAMER. L'inversion sexuelle au point de vue pénal. (*Berlin. klin. Woch.*, 25 oct.) — ZICHER. Consultations sur le degré de croyance à ajouter aux assertions d'un aphasique sur les incidents relatifs aux violences traumatiques du crâne qui ont amené l'aphasie. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, juill.) — RINGBERG. Examen des cheveux d'une perruque de cadavre inhumé depuis plus de 100 ans. (*Ibid.*, oct.) — BLEICH. Expulsion plusieurs jours après la mort d'un fœtus de 7 mois, avec renversement de l'utérus et décollement du placenta chez une femme de 30 ans noyée. (*Ibid.*) — SIEMENS. Rapport médico-légal sur un couple d'aliénés; la femme s'est-elle suicidée ou a-t-elle été tuée par son mari atteint de délire de persécution. (*Ibid.*) — RIEGER. Rapport médico-légal sur la question de validité d'un achat de maison contracté par un paralytique général. (*Ibid.*) BERGER. Suicide par strangulation. (*Ibid.*) — WEGENER. Les blessures de l'intestin au point de vue médico-légal. (*Ibid.*, XIV^V *supplém.*) — COLLEY. Des blessures de la langue au point de vue médico-légal. (*Ibid.*)

Médecine militaire. — NOEL. L'hypertrophie cardiaque de croissance et l'aptitude au service militaire. (*Bull. méd.*, 29 déc.) — MOLLIERE. La chirurgie de guerre au XVIe siècle. Goddin d'Arras, chirurgien des armées. (*Janus*, nov. COUSTAN. Les secours de champ de bataille. (*Ann. d'hyg. publ.*, août.) — NIMIER. La chirurgie de guerre pendant la campagne sino-japonaise. (*Arch. de méd. mil.*, déc.) — MOINGEARD. Des plaies par épée-baïonnette Lebel. (*Ibid.*, déc.) — NADESCHKA PUSTOSCHKIN. Expériences sur l'infection des plaies produites par les projectiles du fusil d'ordonnance des troupes suisses (modèle 1889.) (*Thèse de Berne.*) — DAVIS. Les effets des projectiles modernes, guerre gréco-turque. (*Brit. med. j.*, 18 déc.) — ROBERT. La Réunion et les malades de Tamatave. (*Arch. de méd. nav.*, nov.) — PORTENGEN. Nature des blessures dans les batailles navales contemporaines. (*Ibid.*) — BUROT. Les navires-hôpitaux dans les expéditions coloniales. (*Ann. d'hyg. publ.*, oct.)

Mélanose. — BALZER, GAUCHER et MILIAN. Lentigo mélanique (*Ann. de derm.*, VIII, p. 1106.) — TAMM. 1 cas de mélanosarcome multiple. (*Thèse d'Erlangen.*) — KROMAYER. Réponse au travail de Ribbert « sur le mélanosarcome ». (*Ziegler's Beitraege z. path. Anat.*, XXII, p. 412.) — VUILLIEUMIER. De la pigmentation cutanée dans les mélano-sarcomes (*Thèse de Lausanne.*)

Méninge. — MASBRENIER. Méningite tuberculeuse de l'adulte, aphasie motrice sans paralysie de la face ou des membres. (*Soc. anat. Paris.*, 8 oct.) — BARKER. Modification des cellules des cornes et du noyau de Clarke dans la méningite cérébro-spinale. (*Brit. med. j.*, 25 déc.) — ROSE. Méningite cérébro-spinale par coups sur la nuque. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 656, 26 juill.) — PÉRON. Méningite spontanée suraiguë et hémorragique. (*Soc. anat. Paris*, 11 déc.) — DANA. Méningite séreuse aiguë (alcoolique) (*Med. Record*, 4 déc.) — DANIEL. Quelques cas de méningite tuberculeuse. (*J. Amer. med. Ass.* 11 déc.) — VAYSSE. De la méningo-myélite tuberculeuse. (*Thèse de Bordeaux.*) — GREEN. 3 cas d'abcès extra-méningés; opération, guérison (*Boston med. j.*, 25 nov.) — SEYDEL. Déchirure de l'artère méningée moyenne. au trou épineux. Trépanation. Guérison. (*Münch. med. Woch.*, 20 sept.)

Menstruation. — ANDRÉ PETIT. Sur le rein dans la ménopause. (*Soc. méd. des hôp.*, 17 déc.) — BOISE. La vie menstruelle de la femme. (*Amer. j. of obst.*, déc.) — BURRAGE. 1 cas d'aménorrée absolue chez une femme mariée âgée

de 26 ans. (*Boston med. j.*, 14 oct.) — O'Donovan. Emploi du manganèse dans le traitement de la dysménorrée. (*Med. News*, 27 nov.) — Orlov. Traitement des métrorragies de la ménopause. (*Vratch*, 18 déc.)

Mérycisme. — Nattan-Larrier. Le mérycisme. (*Gaz. des hôp.*, 13 nov.)

Moelle. — Hoche. Anatomie des voies pyramidales, cordon anormal du pont et de la moelle allongée (*Arch. f. Psych.*, XXX, p. 103.) — Villiger. Fantôme métallique du trajet des fibres de la moelle épinière. (*Corresp. schweiz. Aerzte*, 15 juill.) — Bruce. Les fibres endogènes ou intrinsèques de la région sacro-lombaire de la moelle. (*Brain*, n° 79.) — Lugaro. Etat de la cellule nerveuse des ganglions spinaux après la section de la branche centrale de leurs prolongements. (*Riv. di patol. nerv.* II, p. 540.) — Hochhaus. De la myélite expérimentale. (*Berl. klin. Woch.*, 9 août.) — Barbacci. Sur les dégénérescences secondaires consécutives à la section longitudinale de la moelle. (*Riforma med.*, 11 août.) — Philippe et Cestan. Etat du faisceau pyramidal dans 4 cas de contracture spasmodique infantile. (*Soc. de biol.*, 18 déc.) — Heymann. Anatomie pathologique de la compression de la moelle. (*Thèse de Breslau.*) — Zinno. Fibromatose multiple des ganglions spinaux avec sclérose latérale amyotrophique, nouvelle forme morbide. (*Giorn. Ass. d. med. e natur.*, VII, 5.) — Nagel. Importance de l'examen de l'œil spécialement à l'ophtalmoscope pour le diagnostic précoce de la sclérose en plaques. (*Münch. med. Woch.*, p. 886, 10 août.) — Sachs. La maladie de Little. (*J. of nerv. dis.*, déc.) — Mund. Polyomyélite antérieure aiguë chez les accouchées. (*Thèse d'Erlangen.*) — M. Laehr, Westphal. Syndrome d'hématomyélies traumatiques. (*Berlin. klin. Woch.*, 20 déc.) — Brasch. Préparations microscopiques de syringomyélie. (*Berlin. klin. Woch.*, 6 déc.) — Stein. Syringomyélie avec hémianesthésie totale, après traumatisme périphérique. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LX, p. 21.) — A. Gordon. Nouveau cas de syringomyélie. (*Rev. de psych. russe*, oct.) — Bloch. De la syringomyélie à type scapulo-huméral. (*Thèse de Paris.*) — Kaiser et Kuechenmeister. 1 cas de syringomyélie. (*Arch. f. Psych*, XXX, p. 250.) — Queyrat et Chrétien. Syndrome syringomyélique avec hémiatrophie faciale et troubles oculo-pupillaires. (*Presse méd.*, 21 déc.) — Homen. Des rapports entre la syphilis et le tabes et du traitement du tabes. (*Finska läkar. handlingar*, XXXIX, p. 15 67.) — Petren. 2 cas de tabes avec ophtalmoplégie externe et de paralysie laryngée provenant de névrite périphérique. (*Nord. med. Arkiv*, XXIX, p. 27.) — Meyer et Brown. Anatomie pathologique d'un cas d'ataxie héréditaire. (*Brain*, n° 79.) — Mendel. Rapports de l'ataxie locomotrice et de la sclérose en plaques avec les traumatismes. (*Berlin. klin. Woch.*, 12 juill.) — Muller II, Julius Wolff, König. Arthropathie tabétique des genoux. (*Ibid.*, 26 juill.) — Faure. Traitement de l'ataxie des tabétiques par la méthode de rééducation de Frenkel. (*Presse méd.*, 8 déc.) — Palma. 2 cas de contusion de la moelle. (*Rev. de Soc. med. Argentina*, VI, p. 139.) — Schuele. Formation des tumeurs de la moelle. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, XI, p. 192.) — Collins. Gliome de la moelle allongée (*Medicine*, déc.) —

Mole. — Pick. Des métastases des môles vésiculaires. (*Berlin. klin. Woch.*, 6 déc.) — Ahlfeld. Opération d'un déciduome malin consécutif à l'expulsion d'une môle vésiculaire. (*Ibid.*, 13 sept.)

Molluscum. — Glinger. Du molluscum contagiosum. (*Thèse d'Iéna.*)

Monstre. — Briau. Monstre ectromélien. (*Lyon méd.*, 21 nov.) — Pervés. 2 monstres (*Arch. de méd. nav.*, déc.) — Herbet. Monstre anencéphale.

(*Soc. anat. Paris*, 8 oct.) — GRANDMAIRE. Une famille de phocoméliens (*Thèse de Bordeaux*.)

Morve. — GOURFEIN, MARIGNAC et VALLETTE. Morve oculaire. (*Rev. méd. Suisse romande*, déc.)

Muqueuse. — ANDEER. Sur les ostioles des muqueuses. (*Acad. des sc.*, 28 juin. — DŒMENY. Développement et structure des bourses muqueuses. (*Arch. f Anat.*, 5 et 6, p. 295.)

Muscles. — SCHULTZ. Terminaisons nerveuses dans les muscles lisses. (*Cent. f. Phys.*, XI, p. 521.) — RUFFINI. Les fibres nerveuses sensorielles terminales dans les muscles volontaires. (*Brain*, n° 79, p. 367.) — GARNIER. Sur l'apparence de ponts intercellulaires produite entre les fibres musculaires lisses par la présence d'un réseau conjonctif. (*J. de l'anat.*, sept.) — ALEZAIS. Les muscles masticateurs du cobaye. (*Soc. de biol.*, 11 déc.) — CANNIEU. 1 cas d'expansion antibrachiale du muscle court abducteur du petit doigt. (*J. méd. Bordeaux*, 7 nov.) — LE DOUBLE. Traité des variations du système musculaire de l'homme. (in-8°, 2 vol. *Paris*.) — BERGENDAL. et BERGMAN. Physiologie des muscles intercostaux. (*Skandin. Arch. f. Physiologie*, VII, p. 178.) — ASHER. Excitation directe du muscle couturier. (*Zeit. f. Biologie*, XXXIV, p. 447.) — BENEDICENTI. Sur la tonicité musculaire. (*Arch. ital. de biol.*, XXVIII, p. 127.) — DUTTO. Sur les lois des secousses musculaires. (*Ibid.* XXVIII, p. 269.) — LAHOUSSE. Des phénomènes polaires des muscles. (*Zeit. f. Biol.*, XXXIV, p. 492.) — STACHELIN. De l'influence du travail musculaire sur l'activité cardiaque, etc. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LIX, p. 79.) — MARIE. Existe-t-il une atrophie musculaire progressive Aran-Duchenne. (*Rev. neurol.*, 30 déc.) — CHARRIN et CLAUDE. Atrophie musculaire expérimentale par intoxication pyocyanique. (*Soc. de biol.*, 18 déc.) — REINHARD. De l'atrophie musculaire neurotique. (*Deut. Zeit f. Nerv.*, XI, p. 431.) — GRUENBAUN. Les fuseaux musculaires dans la paralysie pseudo-hypertrophique. (*Brain* n° 79.) — HORSBY. Les organes des sens dans le muscle et la conservation des fibres striées dans l'atrophie musculaire extrême, suite des sections d'un nerf moteur. (*Ibid.*) — COHN. De la myasthénie pseudo-paralytique grave. (*Deut. med. Woch.*, 2 déc.) — EULENBURG. Myasthénie pseudo-paralytique grave. (*Berlin. klin. Woch.*, 20 déc.) — CARRIVE. Sur un point particulier de l'évolution des hématomes musculaires. (*Thèse de Lyon.*) — ROSENBLATH. Maladie des petites artères des muscles et des nerfs, dermatomyosite. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXIII, p. 547.) — BOKS. De la myosite ossifiante progressive. (*Berlin. klin. Woch.*, 11 oct.)

Mycose. — LONG. De l'actinomycose cervico-faciale à forme chronique. (*Thèse de Lyon.*) — ABÉE. 3 cas mortels d'actinomycose. (*Thèse de Marbourg.*) — UNNA. Actinomycose et pied de Madura. (*Deut. med. Zeit.*, 6.) — FREY. De l'actinomycose. (*Beit. z. klin. Chir.*, XIX, p. 577.) — HERLOFSEN Actinomycose chez une fille de 20 ans. (*Norsk Mag.*, oct., p. 1141.) — SCHULZE-OBEN. De l'actinomycose chez l'homme. (*Thèse de Marbourg.*) — PILLIET. L'actinomycose : Nocardia-Bovis. (*Progrès méd.*, 23 oct.) — PILLIET. L'actinomycose (étude clinique.) (*Ibid.*, 13 nov.) — HALLOPEAU. 4 cas de mycosis fongoïde. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 1115.) — DU CASTEL. Mycosis fongoïde. (*Ibid.*, p. 1128.) — MEYER. Mycosis fongoïde. (*Berlin. klin. Woch.*, 1er nov.)

Myopie. — SCHEIDEMANN. Du traitement chirurgical de la myopie intense.

(*Berlin. klin. Woch.*, 7 juin.) — MOOREN. Les traitements médical et chirurgical des troubles myopiques. (*Wiesbaden.*)

N

Nævus. — BIRCHER. Etiologie du nævus pilosus pigmentaire congénital. (*Arch. f. Derm.*, XLI, p. 195.)

Nerf. — BOLK. Névrologie des extrémités inférieures des primates. (*Morphol. Jahrb.*, XXV, p. 305.) — RUFFINI. Sur la présence de nouvelles formes de terminaisons nerveuses dans la couche papillaire et sous-papillaire de la peau de l'homme. (*Monit. Zool. ital.*, VI, p. 196.) — RUFFINI. Fine anatomie des faisceaux neuro-musculaires du chat. (*Ibid.*, VII, 3.) — BETTI. Des connexions du nerf hypoglosse avec les nerfs cervicaux. (*Bull. Accad. med. Genova*, XI, 14.) — BECHTEREW. Sur l'entrecroisement incomplet des nerfs optiques dans le chiasma des mammifères supérieurs. (*Revue de psych. russe*, oct.) — MALCHINE. Le nerf phrénique. (*Moscou.*) — MERTENS. Des vaisseaux cutanés des nerfs intercostaux. (*Anat. Anz.*, XIV, p. 174.) — TAYLOR. Etude de la névroglie. (*J. of exp. med.*, II, p. 611.) — SPALLITTA et CONSIGLIO. Les vaso-moteurs des membres abdominaux. (*Arch. ital. de biol.*, XXVIII, p. 231.) — HUNT et HARRINGTON. Physiologie des nerfs cardiaques de l'opossum et du veau. (*J. of exp. med.*, II, p. 711 et 723.) — BECK. De l'excitabibilité des nerfs. (*Arch. f. Anat.; phys. Abth.*, 5 et 6, p. 415.) — BIKELES. Section en deux temps des vagues. (*Cent. f. Phys.*, XI, p. 557.) — HERZEN. Les causes de la mort après la double vagatomie. (*Thèse de Lausanne.*) — MININE. Résection d'un morceau du nerf sympathique. (*Vratch*, 11 déc.) — TISSIÉ. Y a-t-il des nerfs spéciaux pour la douleur ? (*Rév. scient.*, 25 sept.) — RUELLE. Névralgie faciale et sulfate de cuivre. (*Centre méd.*, 11 déc.). — SABRAZES et CABANNES. Méralgie paresthésique. (*Rev. de méd.*, nov.) — JACQUET. Hémi-hyperesthésie névro-musculaire avec hémiparésie et hémianesthésie sensitivosensorielle du même côté. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 15 oct.) — BŒTTIGER. Traitement de la névralgie du trijumeau. (*Berlin. klin. Woch.*, 22 nov.) — SOUKHANOFF. Sur l'histologie pathologique de la polynévrite dans ses rapports avec les lésions de la cellule nerveuse. (*Nouv. Icon. de la Salpétrière*, sept.) — MEIROWITZ. Un cas de névrite multiple aiguë consécutive à l'administration de liqueur de Fowler dans un cas de chorée. (*Med. Record*, 25 déc.) — FLINTZER. De la névrite rétrobulbaire. (*Thèse d'Iéna.*) — CESTAN et MOUCHET. Traumatisme du coude droit dans l'enfance ; tabes, névrite du nerf cubital. (*Gaz. hebd. Paris*, 19 sept.) — WISHART. Paralysie totale de la troisième paire, lésion nucléaire unilatérale. (*J. of nerv. dis.*, déc.) — HAGELSTAMM. Paralysie du trijumeau et dégénération de ses racines causées par une tumeur dans la région du ganglion de Gasser, influence trophique du trijumeau. (*Finska läkar. Handlingar*, XXXIX p. 1571.) — JULIÉ. Paralysie du nerf cubital par compression cicatricielle. (*Bull. soc. chir.*, XXIII, p. 565.) — HIRSCH. Lésion traumatique du pneumogastrique, de l'hypoglosse et du sympathique. (*N.-York med.j.*, 11 déc.) — LAFFORGUE. Le névrome plexiforme de la paupière supérieure. (*Thèse

de Lyon.) — Borst. Névrome vrai. (*Berlin. klin. Woch.*, 29 nov.) — Moty. Sarcome du médian droit. (*Bull. soc. centr. du Nord*, 28 mai.) — Guérin. De la résection simultanée des nerfs dentaire inférieur et lingual par la voie traumaxillaire. (*Thèse de Lyon.*) — Depage. Un cas de résection du ganglion de Gasser, un cas de résection de la troisième branche du trijumeau à la sortie du trou ovale. (*Bull. Acad. méd. Belgique*, XI, p. 687.) — Weeks. Extirpation du ganglion de Gasser. (*Trans. Amer. surg. Ass.*, XV, p. 171.)

Nerveux (Syst.) — Bethe. Le système nerveux central du carcinus maenas. (*Arch. f. mik. Anat.*, L, p. 589.) — Held. Structure des cellules nerveuses. (*Arch. f. Anat.*, supp. *Band*, p. 273.) — Mourawieff. La cellule nerveuse à l'état normal et pathologique. (*Archiv. russes de pathol.*, 30 déc.) — Huber. Les ganglions sympathiques des vertébrés. (*Brit. med. j.*, 13 nov.) — Cavazzani. Sur les ganglions spinaux. (*Arch. ital. de biol.*, XXVIII, p. 50.) — Cousot. Etude de la vitesse de propagation du courant nerveux. (*Bull. Acad. méd. Belgique*, XI, p. 974.) — Mott. Notes sur la dégénérescence des neurones. (*J. of mental sc.*, oct.) — Goldscheider. Applications pathologiques et thérapeutiques de la théorie des neurones. (*Berl. klin. Woch.*, 9 août) — Sternberg. (*Ibid.*) — Pugnat. Sur les modifications histologiques des cellules nerveuses dans l'état de fatigue. (*Acad. des sc.*, 8 nov.) — Langley. De la régénération des fibres nerveuses viscérales fixes et post-ganglionnaires. (*J. of phys.*, XXII, p. 215.) — Margain. De l'énervement. (*Thèse de Bordeaux.*) — Tchigaiew. Traitement de certaines maladies nerveuses par le tremblement. (*Rev. de psych. russe*, avril.) — Kotzowsky. Sur les modifications dans le système nerveux après les commotions. (*Rev. russe de psych.*, déc.) — Thilo. La cure des mouvements dans les affections nerveuses. (*Berlin. klin. Woch.*, 22 nov.) — Bruns. Des tumeurs du système nerveux, cerveau, moelle, nerfs. (*Berlin*, 388 p.)

Névrose. — Dana. De la névrose paresthésique. (*J. of nerv. dis.*, déc.) — Meyer. Du tic rotatoire. (*Deut. med. Woch.*, 30 déc.) — Stekel. Pathologie et thérapeutique modernes de la migraine. (*Wiener med. Woch.*, 13 nov.) — Féré. Sur quelques signes physiques de la migraine et en particulier sur un cas de migraine ophtalmique. (*Rev. de méd.* déc.) — Collins. Interprétation clinique des tics, traitement. (*Med. News*, 11 déc.) — Bœttiger. De la neurasthénie et de l'hystérie ainsi que de leurs rapports réciproques. (*Berlin. klin. Woch.*, 7 juin.) — Massini. Traitement des névroses par le phosphate de soude. (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*, 15 mai.)

Nez. — Goerke. Etude des glandes de la muqueuse nasale. (*Arch. f. mik. Anat.*, L, p. 547 et *Thèse de Breslau.*) — Garbini. Evolution du sens olfactif dans l'enfance. (*Arch. per l'antropol.*, XXVII, 3.) — Mackenzie. Des rapports physiologiques et pathologiques entre le nez et l'appareil sexuel. (*Brit. med. j.*, 27 nov.) — Ingal. Relations des affections du nez et la tuberculose pulmonaire. (*Ibid.*, 13 nov.) — Gradenigo. La chirurgie nasale dans ses rapports avec les affections de l'oreille. (*Arch. ital. di otol.*, VI, p. 408.) — Ballenger. Auto-intoxication par maladies du nez et de la gorge. (*Medicine*, nov.) — Pynchon. Ventilation et drainage insuffisants du nez comme cause de catarrhe nasal. (*Laryngoscope*, déc.) — Concanon. La respiration anormale chez les enfants par obstruction dans les premières voies respiratoires. (*J. Amer. med. Ass.*, 18 déc.) — Seifert. Rhinite nerveuse. (*Münch. med. Woch.*, 7 sept.) — Somers. Rhinite par l'atropine. (*Laryngoscope*, oct.) — Mlle Nadel. De la rhinite sèche antérieure eczémateuse. (*Thèse de Genève.*) — Jankelevitch. De l'hydrorrée nasale.

(*Rev. hebd. de lar.*, 18 déc.) — DELAVAN. Méthode de guérison de quelques hyperthrophies des cornets. (*N.-York med. j.*, 11 déc.) — RINGER. Sténose nasale spasmodique. (*Laryngoscope*, nov.) — BRAUN. Du massage vibratoire de la muqueuse des voies respiratoires supérieures à l'aide de sondes. (*Wiener med. Blætter*, 30 sept.) — MENGEAUD. Traitement des maladies des muqueuses et en particulier de celle du nez par les lavages d'air chaud. (*Nice méd.*, oct.) — MACKENZIE. De la rhinite atrophique. (*N.-York med. j.*, 20 nov.) — CLARENCE. Nature de la rhinite atrophique. (*Ibid.*) — LE MÊME. Le traitement de la rhinite atrophique. (*Ibid.*) — FRICKE. Du bacille muqueux capsulé de l'ozène. (*Hyg. Rundsch.*, 11 sept.) — FERRERI. La créosote dans l'ozène. (*Arch. ital. di Otol.*, VI, p. 337.) — MASINI. Sur le pouvoir curatif du sérum diphtérique dans l'ozène. (*Ibid.*, VI, p. 385.) — GRUENWALD. Syphilis ayant détruit tout l'intérieur des fosses nasales. (*Berlin. klin. Wochens.*, 12 juil.) — THORNER. Chancre syphilitique du nez. (*Laryngoscope*, oct.) — BRYAN. Anatomie de la région fronto-éthmoïdale. (*Brit. med. j.*, 13 nov.) — Discussion sur la turbinotomie. (*Ibid.*) — THOMBETTA. Empyème du sinus frontal gauche, opération tardive. (*Arch. ital. di otol.*, VI, p. 387.) — RAFIN. Des complications intra craniennes des inflammations du sinus frontal. (*Arch. gén. de méd.*, 25 déc.) — GOLOVINE. Traitement chirurgical des sinusites. (*Ann d'ocul.* nov. p. 368.) — NORMAND. Des sinusites frontales, leur traitement par la méthode Ogston Luc. (*Thèse de Bordeaux.*) — RIVIÈRE. Du traitement opératoire des sinusites frontales. (*Rev. hebd. de lar.*, 25 déc.) — GRADENIGO. Imperforation congénitale osseuse de la choane. (*Giorn. Accad. med. Torino*, LX, p. 717.) — SMITHWICK. Le cathétérisme du nez avec la sonde en gomme molle. (*Boston med. j.*, 30 déc.) — HOPKINS. Opération destinée à corriger la difformité de la cloison nasale. (*Ibid.*, 30 déc.) — ROE. Correction des difformités nasales par les opérations sous-cutanées. (*Brit. med. j.*, 13 nov.) — ANNANDALE. Notes sur le traitement de quelques difformités du nez. (*Ibid.*, 4 déc.) — KREDEL. Opération de la division conjonctivale du nez. (*Berlin. klin. Wochens.*, 25 oct.) — SACHS. Tumeurs tuberculeuses primitives du nez et du larynx, opération, guérison. (*Münch. med. Woch.*, 21 nov.) — LUBLINSKI. 3 cas de rinolithes. (*Berlin. klin. Wochens.*, 1er nov.) FRAENKEL. Incisive manquant dans la bouche, faisait saillie dans les fosses nasales. (*Ibid.*, 9 août.) — POZZI. Acné hypertrophique ayant envahi les deux tiers inférieurs du nez; décortication, autoplastie primitive, guérison avec restauration immédiate et complète du nez. (*Bull. Soc. de chir.*, XXIII, p. 729.) — THEISSING. Périchondrite et kystes séreux de la cloison nasale. (*Thèse de Breslau.*) — ARROWSMITH. Papillome vrai de la cloison nasale. (*Laryngoscope*, nov.) — HELLMANN. Le papillome dur de la muqueuse du nez et des sinus. (*Arch. f. Laryng.*, VI, p. 171.) — WRIGT. Les polypes papillaires œdémateux du nez et leurs relations avec l'adénome. (*N. York med. j.*, 13 nov.) — ROGERS. Angiome caverneux du nez. (*Milwaukee med. j.*, août.) — BALL. Fibrosarcome de la cloison nasale. (*London lar. soc.* 10 nov.) — DAVEZAC. Cancroïde du nez guéri par la méthode Cerny-Trumecek. (*J. méd. Bordeaux*, 7 nov.) — ZARNIKO. Carcinome des cavités nasales. (*Soc. de Hambourg*, 29 juin.)

Nutrition. — PUGLIESE. Influence des hydrates de carbone, de la graisse et des gélatines sur les échanges anorganiques. (*Arch. f. Anat.; phys. Abth.*, p. 473.) — DUNLOP, PATON, STOCKMANN et MACCADAM. Influence de l'exercice musculaire, de la sudation et du massage sur le métabolisme. (*J. of phys.*, XXII, p. 67.) — TAMAMCHEFF. Topographie de la réserve physiologique du phosphore dans l'organisme animal. (*Thèse de St-Pétersbourg.*)

O

Occlusion int. — Héresco et Magnan. Occlusion intestinale produite par le diverticule de Meckel, mort. (*Soc. anat., Paris*, 5 nov.) — Routier. Étranglement interne par un diverticule de Meckel (*Bull. Soc. chir.*, XXIII, p. 645.) — Bennecke. Ileus, par suite de kyste du mésentère (*Berlin. klin. Woch.*, 26 juillet.) — Benda et Koerte. 2 cas d'étranglement interne rare (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 655, 26 juillet.) — Carwardine. Volvulus du diverticule de Meckel. (*Brit. med. j.*. 4 déc.) — Seymour. 2 cas d'obstruction intestinale, opération. (*Amer. j. of obst.*, nov.) — Murphy. De l'ileus. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLV, p. 506.) — Berger. Sur le traitement des occlusions intestinales à forme aiguë (*France méd.*, 19 nov.) — Hawkins. Les lavements forcés dans le traitement de l'intussusception. (*Med. Record*, 18 déc.) — Trouillet. Occlusion intestinale guérie par les lavements électriques. (*Dauphiné méd.*, déc.) — Thomson. L'intervention dans l'obstruction intestinale. (*Dublin Jour.*, déc.) — Compouit. Des occlusions intestinales chroniques et de leur traitement par l'anus contre nature. (*Thèse de Paris.*) — Dartigues. Invagination intestinale ascendante du cœcum, laparotomie. (*Soc. anat. Paris*, 19 nov.)

Œdème. — Pinkuss. Œdème d'un fœtus de 6 mois. (*Berlin. klin. Wochens.*, 23 juill.) — Lascols. Des anasarques sans albuminurie ni lésions viscérales. (*Thèse de Lyon.*) — Menko. Traitement mécanique de l'anasarque. (*Thèse d'Iéna.*)

Œil. — Strahl. Développement de l'œil. (*Anat. Anz.*, XIV, p. 297.) — Weiss, De la croissance de l'œil humain et des modifications corrélatives des insertions de ses muscles. (*Wiesbaden.*) — Hellendall. La décussation du nerf optique. (*Arch. f. Anat. phys. Abth.*, p. 49.) — Sattler. Fibres élastiques de la sclérotique, de la lame criblée et du nerf optique. (*Ibid.*, supp. *Band*, p. 335.) — Nagel. Le sens de la lumière chez les animaux sans yeux. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXIX, p. 137.) — Gustav Ahlström. Apprentissage de la vision chez un aveugle de naissance opéré à l'âge de neuf ans. (*Skandin. Archiv f. Physiologie*, VII, p. 113.) — Stratton. Vision sans inversion de l'image rétinienne. (*Psychol. Review*, IV, 4.) — Judd. Vision binoculaire. (*Ibid.*) — Tscherning. Optique physiologique. (In-8°, *Paris*, 1898). — Stilling. Principes d'oculistique. (*Vienne, Leipzig.*) — Bielilowski V. A. Les maladies d'yeux et la cécité chez les paysans du gouvernement de Tamboff d'après le recensement général. (*Thèse de Saint-Pétersbourg.*) — Carhart. La nécessité de l'examen des yeux des écoliers des écoles publiques de New-York. (*Med. Record*, 23 oct.) — Visser. Une nouvelle détermination objective de l'œil. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, sept.) — Panas. Les complexités de la pathologie oculaire. (*Presse méd.*, 27 nov.) — Ulry. Sur la nutrition de l'œil et la cataracte naphtalinique. (*Thèse de Bordeaux.*) — Painblan. Du rôle du pneumocoque en pathologie oculaire. (*Thèse de Lille.*) — Mündler. Du diplocoque lancéolé dans l'œil. (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, XXII, p. 248.) — Steffan. Sur l'anopsie senso-

rielle (cécité psychique) au sens physiologique et pathologique. (*Graefes's Arch.*, XLIII, 3.) — Jacqueau. Une obs. de migraine ophtalmique. (*Lyon méd.*, 24 oct.) — Greenwood. Le mal de tête d'origine oculaire. (*Boston med. surg. j.*. 23 déc.) — Duane. La loi de Listing, sa valeur diagnostique. (*Arch. of opht.*, XXVI, p. 497.) — Abelsdorff. Valeur clinique des diminutions bi-temporales du champ visuel. (*Ibid.*, XXVI, p. 510.) — Liebrecht. Diplopie physiologique et hystérique. (*Ibid.*, XXVI, p. 546.) — Dunn. Paralysies oculaires dans le cours des néphrites. (*Ibid.*, p. 542.) — Veasey. Paralysie de quelques muscles oculaires. (*Med. News*, 18 déc.) — Grandclément. Paralysie essentielle temporaire de la convergence des adolescents. (*Lyon méd.*, 31 oct.) — Sachs. Symptomatologie des paralysies des muscles de l'œil. (*Arch. f. Opht.*, XLIV, p. 320.) — Drantzburg. Des troubles moteurs congénitaux de l'œil. (*Thèse de Greifswald.*) — Pflüger. Ophtalmoplégie externe congénitale bilatérale chez un homme avec hérédité paternelle. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er juin.) — Grussendorf. De l'ophtalmie métastatique. (*Thèse d'Iéna.*) — Gunn et Buzzard. De la névrite rétro-oculaire. (*Trans. opht. Soc.*, XVII, p. 107.) — Kalcic. Un cas d'artère hyaloïde oblitérée persistante et un cas de membrane pupillaire persistante. (*Wiener med. Woch.*, 27 nov.) — Baldwin. Le traitement des maladies d'yeux chez les enfants. (*J. amer. med. Ass.* 18 déc.) — Noyes. Les antiseptiques en chirurgie oculaire. (*Med. Record*, 30 oct.) — Lagrange. Valeur comparative de l'holocaïne et de la cocaïne en ophtalmologie. (*J. méd. Bordeaux*, 5 déc.) — Wuistefeld. Emploi de l'eucaïne en ophtalmologie. (*Thèse de Wurtzbourg.*) — Mysowski. Action de l'eucaïne A et B sur l'œil. (*Thèse de Saint-Pétersbourg.*) — Boisseau. L'orthoforme, son emploi en oculistique. (*Gaz. hebd. Bordeaux*, 49 déc.) — Di Lorenzo. Les injections sous-conjonctivales de sublimé dans les processus infectieux de l'œil. (*Ann. di ottalm.*, XXVI, p. 423.) — Pagenstecher. Emploi de l'iode à hautes doses dans les maladies des yeux. (*Klin. Mon. f. Aug.*, déc.) — Colin. Emploi du cyanure de mercure en oculistique. (*Thèse de Bordeaux*). — Stuelp. Exophtalmie pulsatile traumatique. (*Arch. of opht.*, XXVI, p. 570). — Wagenmann. Des plaies de l'œil par capsules. (*Arch. f. Opht.*, p. 272). — Levinsohn. Des plaies perforantes de l'œil. (*Klin. Mon. f. Aug.*, déc.) — Norrie. Traitement ouvert des plaies dans les opérations des yeux. (*Nord. med. Arkiv*, XXIX, 21). — Hjort. Traitement ouvert des plaies dans les opérations sur les yeux; 141 cas favorables. (*Norsk Magasin*, sept.) Gutman. Tumeurs oculaires. (*Arch. of opht.*, XXVI, p. 527.) — Hertel. Sur un cas de sidérose du bulbe. (*Arch. f. Opht.*, XLIV, p. 283). — Verrey. 3 cas d'éviscération de l'œil avec insertion dans la sclérotique d'un globe d'argent. (*Rev. médic. Suisse romande*, juin.) — Morton. L'insertion d'un œil artificiel dans la capsule de Tenon. (*N. York med. j.*, 30 oct.) — Bullinger. Résultats de l'extirpation des tumeurs rétro-bulbaires par la méthode de Kroenlein. (*Beit. z. klin. Chir.*, XIX, p. 527.)

Œsophage. — Bottazzi. Sur les mouvements de l'œsophage de l'aplysia depilans. (*Arch. ital. de biol.*, XXVIII, p. 81.) — D'Hardiviller. Sur l'existence d'un épithélium prismatique simple dans la partie supérieure de l'œsophage du fœtus humain. (*Echo méd. Nord*, 7 nov.) — Einhorn. Examen de l'œsophage et du cardia. (*N. York med. j.*, 11 déc.) — Kelling. Endoscopie de l'œsophage et de l'estomac; œsophagoscope articulé, susceptible de raidissement. (*Münch med. Woch.*, 24 août.) — Bureau. Cancer de l'œsophage propagé à l'oreillette gauche. (*Soc. anat. Paris*, 26 nov.) — Schlatter. L'alimentation et la digestion chez l'homme après l'œsophago-entérostomie. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er déc.) — Hagenbach. 2 cas de gastrostomie sur le procédé Marwedel pour rétrécissements can-

céreux de l'œsophage. (*Ibid.*, 15 oct.) — Lévi. Gros nodule épithéliomateux de la peau secondaire à un cancer de l'œsophage généralisé. (*Soc. anat., Paris*, 31 juillet.) — Rotschy. Perforation de l'œsophage par un sarcome médiastinal. (*Thèse de Genève.*) — Kummer. Gastrostomie pour rétrécissement cancéreux de l'œsophage; mort au bout de 10 jours par perforation de la tumeur dans le poumon droit. (*Rev. méd. Suisse romande*, décembre.)

Opothérapie. — Action des extraits orchitiques. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXIX, p. 386.) — Blazy. Psychopathie sexuelle guérie à la suite d'injections de suc orchitique. (*Méd. mod.*, 13 nov.) — Muselier. L'opothérapie (*Bull. gén. de thérap.*, 15 août.

Orbite. — Germann. Rôle des sinusites dans l'étiologie des affections de l'orbite. (*Ann. d'ocul.*, p. 366.) — Terson. Diagnostic et traitement des kystes congénitaux de l'orbite. (*Gaz. méd., Paris*, 6 nov.) — Sporleder. Lymphome symétrique de l'orbite. (*Thèse de Leipzig.*) — Salva. Sarcome de l'orbite. (*Dauphiné méd.*, oct.)

Oreille. — Münck. Développement des cartilages de l'oreille externe. (*Thèse de Strasbourg.*) — Politzer. La dissection anatomique et histologique de l'organe auditif de l'homme à l'état normal et pathologique, (trad. de Schiffers, in-8°, Paris.) — Lake. Anatomie chirurgicale de l'antre tympanique. (*Lancet*, 13 nov.) — Bonome. Topographie cranio-cérébrale de la région auriculo-mastoïdenne. (*Arch. ital. di otol.*, VI, p. 398). — Held. Des voies conductrices périphériques de l'oreille. (*Arch. f. Anat.*, 5 et 6, p. 350). — Lugaro. Fonctions des canaux semi-circulaires. (*Riv. di patol. nerv.*, II, p. 440). — Couaillac. La conductibilité des sons dans les stéthoscopes. (*Thèse de Bordeaux.*) — Gaudier. Les maladies de l'oreille et leur traitement en France au XVIIe siècle, d'après les documents de l'époque. (*Echo méd. Nord.*, 19 déc.) — Karutz. Superstitions populaires médicales touchant les maladies de l'oreille, du nez et de la gorge. (*Arch. of otol.*, XXVI, p. 244.) — Bouchard. Les bourdonnements et les bruits d'oreilles. (*Thèse de Paris.*) — Lavrand. Douche d'air par la trompe dans l'oreille moyenne, modification au procédé de Politzer. (*Rev. hebd. de lar.*, 4 déc.) — Riedel. Fistule branchiale allant dans l'oreille moyenne. (*Congrès de chir., Berlin*, avril.) — Escat. Ecoulement spontané de liquide céphalo-rachidien par le conduit auditif externe, fistule congénitale probable. (*Arch. int. de lar.*, X, p. 653.) — Nash. Otite moyenne aiguë hémorragique. (*Lancet*, 18 déc.) — Hartmann. Inflammation de l'oreille moyenne chez les nourrissons. (*Rev. hebd. de lar.*, 27 nov.) — Latrille. Otite moyenne suppurée unilatérale droite dans le cours d'une bronchopneumonie. (*Ibid.*, 27 nov.) — Buys et Lamarre. Emploi de l'eau oxygénée dans le traitement des otorrées. (*La Policlin., Bruxelles*, 1er nov.) — Lacroix. Traitement des otites suppurées par l'acide picrique. (*Arch. int. de lar.*, X, p. 660.) — Etiévant. Sur la diplacousie mono-auriculaire. (*Ann. mal. de l'or.*, nov.) — Gradenigo. Sur une sorte de diplacousie physiologique dans l'épreuve de Rinne. (*Ibid.*, déc.) — Pasmanik. De la labyrinthite traumatique et des troubles de l'équilibre chez l'homme. (*Thèse de Genève*). — Jirmounsky. Les vertiges au cours des affections simultanées de l'oreille moyenne et du labyrinthe. (*Rev. hebd. de lar.*, 27 nov.) — Jankelevitch. Un cas de vertige labyrinthiqne simulant le syndrome de Ménière et guéri par la pilocarpine sans diminution consécutive de l'ouïe. (*Ibid.*, 25 déc.) — Zwaardemaker. Un symptôme initial de la sclérose. (*Arch. of otol.*, XXVI, p. 376.) — Gierer. La pilocarpine dans les affections de l'oreille. (*Thèse de Munich.*) — Moure. Le traitement chirurgical de l'otite moyenne scléreuse.

(*Rev. hebd. de lar.*, 27 nov.) — Bruck. Traitement thyroïdien de la surdité. (*Berlin. klin. Wochens.*, 15 nov.) — Malherbe. De l'évidement pétro-mastoïdien dans l'otite sèche. (11e *cong. chir.*, *Paris.*) — Milbury. Maladies de l'apophyse mastoïde ; leur marche et leur traitement. (*Med. Record*, 13 nov., p. 253.) — Buck. Traitement non opératoire des suppurations de l'antre et de la voute tympanique. (*Brit. med. j.*, 27 nov.) — Stacke. L'évidement opératoire des cavités de l'oreille moyenne. (*Tubingue.*) — Buller, Buck, Blake. Les résultats des opérations sur la mastoïde. (*Brit. med. j.*, 27 nov.) — Labbé. Des abcès de l'encéphale consécutifs aux otites chroniques moyennes suppurées. (*Thèse de Paris.*) — Lépine. Septico-pyohémie d'origine otique. (*Lyon méd.*, 26 déc.) — Villard et Rivière. Septico-pyohémie d'origine otitique, trépanation de l'antre et du sinus, ligature de la jugulaire, mort. (11e *cong. chir.*, *Paris*, p. 251.) — Jaboulay et Rivière. Un cas d'abcès cérébral d'origine otitique. (*Ibid.*, p. 244.) — Perrot. La mastoïdite de Bezold. (*Thèse de Bordeaux.*) — Stein. Mastoïdite de Bezold guérie dans le cours d'un érysipèle. (*Nord. med. Arkiv*, XXIX, 19.) — Milligan. Otite moyenne suppurée chronique, abcès cérébral. (*J. of laryng.*, nov.) — Eaton. Méningite aiguë infectieuse survenue neuf heures après le début d'une otite aiguë suppurée. (*Laryngoscope*, nov.) — Milbury. Abcès cérébral otique, névrite optique, ouverture de la mastoïde et du crâne, guérison. (*Ibid.*, déc.) — Castaneda. Deux cas de complications cérébrales d'origine otique. (*Ibid.*, oct.) — Burnett. Abcès épidural otitique de la fosse moyenne avec abcès du lobe temporal. (*Amer. j. of med. sc.*, nov.) — Douare. Le traitement de la septico-pyohémie d'origine otique et la trépanation du sinus latéral. (*Thèse de Lyon.*) — Martin. Sinusite latérale secondaire à une otite chronique suppurée avec mastoïdite latente, pyohémie, mort. (*Soc. anat.*, *Paris*, 3 déc.) — Luc et Jacquin. Un cas de phlébite suppurée du sinus latéral consécutive à l'ouverture de ce vaisseau au cours d'un évidement mastoïdien, mort. (*Arch. int. de lar.*, X, p. 639.) — Krönig. Ligature de la jugulaire droite, chez un garçon de 14 ans atteint d'infection purulente d'origine auriculaire, avec métastases pulmonaires. (*Berlin. klin. Wochens.*, 12 juillet.) — Krönig. Opération heureuse d'une thrombose suppurée du sinus transverse due à un cholestéatome auriculaire. (*Ibid.*). — Barr. Otite suppurée moyenne bilatérale, mortelle au bout de sept ans par extension à travers le labyrinthe dans la cavité crânienne. (*Arch. of otol.*, XXVI, p. 237.) — Barr. Abcès du cervelet, suite d'otite moyenne, trombose des sinus caverneux et leptoméningite basique. (*Ibid.*, p. 241). — Barkan. Otite moyenne suppurée chronique, abcès du lobe temporo-sphénoïdal leptoméningite purulente. (*Ibid.*, p. 368.) — Sheppard. Trois cas mortels de lésions cérébrales, suite d'otite. (*Ibid.*, p. 261.) — Morf. Abcès du lobe occipital suite d'otite. (*Ibid.*, p. 297.) — Hegetschweiller. Mastoïdite de Bezold avec symptômes pyémiques. (*Ibid.*, p. 313.) — Thigpen. Complications des otites moyennes suppurées. (*Ibid.*, p. 253.) — Kuemmel. Complications intracraniennes dans les otites. (*Ibid.*, p. 362.) — Koerner. Un cas de chlorome des deux temporaux, des orbites et des sinus latéraux, simulant une phlébite otitique du sinus caverneux. (*Ibid.*, p. 289.) Jansen. De la méningite séreuse au cours des otites aiguës. (*Rev. hebd. de lar.*, 27 nov.) — Cozzolino. Chirurgie du canal de Fallope. La mastoïdotomie antérolatérale. (*Ibid.*, 27 nov.) — Heiman. Sur le traitement de certaines complications mortelles des otites purulentes et sur la pyohémie otique. (*Ann. mal. de l'or.*, nov.) — Botey. Traitement des suppurations attico-mastoïdiennes et des affections intracraniennes consécutives. (*Ibid.*) — Winckler. Sur le traitement consécutif de l'oreille moyenne après son ouverture. (*Münch. med. Woch.*, 30 nov.) — Grunert. Des complications intracraniennes des otites. (*Ibid.*, 7 déc.) — R. Mueller. Des abcès otiti-

ques du lobe temporal. (*Deut. med. Woch.*, 30 déc.) — GRADENIGO. Ouverture chirurgicale de la cavité de l'oreille moyenne. (*Arch. ital. di otol.*, VI, p. 404.)— POWERS. Leptoméningite diffuse mortelle suite d'otite moyenne. (*Med. News*, 25 déc.) — LICHTWITZ. Elimination d'un cholestéatome volumineux du temporal par une vaste brèche du conduit auditif. (*Arch. int. de lar.*, X, p. 678.) — DE FONTGUYON. Kyste du lobule de l'oreille. (*J. méd. Bordeaux*, 31 oct.)

Oreillon. — BÉCIGNEUL. Complications génito-urinaires au cours d'une épidémie d'oreillons. (*Gaz. méd. Nantes*, 30 oct.)

Orthopédie. — TAYLOR. Etat actuel de l'orthopédie pratique. (*Med. News*, 2 oct.) — SHAFFER. Le côté opératoire de la chirurgie orthopédique. (*Med. Record*, 18 déc.)

Os. — SPULER. Les canaux unissant les cavités des cellules osseuses. (*Anat. Anz.*, XIV, p. 289.) — DURAND. Ostéologie comparée et morphologique des membres. (*Ibid.*, p. 292.) — MARWEDEL. Les altérations morphologiques des cellules de la moelle osseuse dans l'inflammation purulente. (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, XXII, p. 507.) — PRICE. Atrophie neurotique des os. (*J. amer. med. Ass.*, 20 mai.) — SAMUELSON. Absence congénitale des deux rotules. (*Lancet*, 11 déc.) — MARTIN. De la régénération osseuse. (11e *cong. chir.*, *Paris*, p. 713.) — REGNAULT. Hypertrophie pathologique des apophyses d'insertion musculaire. (*Soc. anat.*, *Paris*, 22 oct.) — VILLAR. Ostéomyélite de la clavicule. (*J. méd. Bordeaux*, 21 nov.) — MICHSAM. Affections ostéoarticulaires dans les maladies infectieuses. Ostéomyélite pour bacille d'Eberth à la suite d'une fièvre typhoïde. Arthrite suppurée pneumococcique après une pneumonie. (*Berl. klin. Woch.*, 27 sept.) — FERNET. De l'ostéo-arthrite à pneumocoques. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 29 oct.) — BERNARD. De l'ostéomyélite aiguë de l'extrémité supérieure du fémur. (*Thèse de Bordeaux.*) — PASQUIER. Ostéomyélite traumatique du fémur chez l'adulte. (*Thèse de Paris.*) — BUSQUET. De l'ostéopériostite ossifiante des métatarsiens. (*Rev. de chir.*, déc.) — LAVISÉ. Ostéomyélite du fémur avec nécrose et sans suppuration. (*Ann. soc. belge chir.*, 15 déc.) — KUMMER. Opération d'une ostéomyélite tibiale remontant à 35 ans ; présence de staphylocoques blancs virulents. (*Rev. méd. Suisse rom.*, juillet, p. 550.) — REVERDIN. Extraction d'un séquestre de l'épiphyse supérieure du fémur entretenant la suppuration depuis 39 ans. (*Ibid.*, juillet, p. 550.) — KUESTER. Ostéite fibreuse. (*Berl. klin. Woch.*, 31 mai.) — SOPHRONIEFF. Des ostéites tuberculeuses du bassin chez l'adulte. (*Thèse de Montpellier.*) — PILLIET. Les ostéophytes de la tuberculose osseuse. (*Soc. anat.*, *Paris*, 29 oct.) — HEPP. Ostéome du muscle extérieur du gros orteil. (*Soc. anat.*, *Paris*, 24 déc.) — BRAULT. Contusion violente du coude par un coup de pied de cheval, vaste ostéome du brachial antérieur constitué au bout de 15 jours, ablation. (*Bull. soc. de chir.*, XXIII, p. 788.) — ROMIGNOT. Exostose ou cote surnuméraire. (*Bull. soc. de méd. du Nord*, 22 nov.) — WUERDEMANN. Nécrose phosphorée de l'os temporal. (*Brit. med. j.*, 27 nov.) — WILLETT. Correction de difformités des os par opération. (*Brit. med. j.*, 11 déc.) — LE DENTU. Chondro-myxo-sarcome de l'humérus, désarticulation de l'épaule. (11e *cong. chir. Paris*, p. 671.) — DARTIGUES. Tumeur à myéloplaxes de l'omoplate ; ablation de l'omoplate, conservation du membre supérieur. (*Soc. anat. Paris*, 17 déc.) — WINTREBERT et LARDENNOIS. Fibrosarcome développé sur la face externe du péroné et en dehors de cet os dans l'épaisseur de la cloison intermusculaire. (*Ibid.*, 12 nov.), — LARDENNOIS et WINTREBERT. Ostéosarcome du péroné. (*Ibid.*, 31 juillet.) — SCHOTTLAENDER.

Étude de l'ostéomalacie. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXVII, p. 441.) — Frey. De l'opération césarienne avec castration dans l'ostéomalacie. (*Cent. f. Gyn.*, 20 nov.)

Ovaire. — Hammerschlag. La position de l'ovaire. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXVII, p. 462). — Heil. Chimie des kystes parovariens. (*Cent. f. Gyn.*, 20 nov.) Yordanoff. Recherches cliniques et bactériologiques sur les salpingo-ovarites. (*Thèse de Paris.*) — Martin. Hématome de l'ovaire par torsion de son pédicule. (*Berlin. klin. Wochens.*, 20 sept.) — Chandelux et Gangolphe. Torsion du pédicule de l'ovaire. (*Lyon méd.*, 28 nov.) — Geyl. La genèse des kystes dermoïdes de l'ovaire. (*Samml. klin. Vorträge*, nº 190.) — Rabé. Kyste dermoïde de l'ovaire avec inclusion d'une dent. (*Soc. anat. Paris*, 22 oct.) — Jeanne. Kyste de l'ovaire remontant jusqu'au diaphragme. (*Ibid.*, 31 juillet.) — Cottin. Kyste dermoïde de l'ovaire inclus dans le ligament large enclavé dans le petit bassin, ablation du kyste et de l'utérus, guérison. (*Bourgogne méd.*, oct.) — Leenen. Kyste dermoïde de l'ovaire droit, torsion du pédicule. Extirpation après 14 mois. Convalescence compliquée d'empyème et de phlegmon des parois abdominales. (*Münch. med. Woch.*, 28 déc.) — Bouilly. Le pronostic des kystes végétants de l'ovaire. (11e *cong. chir. Paris*, p. 894.) — Scharfenberg. De la rupture spontanée des kystes de l'ovaire. (*Thèse de Greifswald.*) — Loennqvist. Sur les tumeurs des ovaires pendant la grossesse; l'accouchement. (*Finska läkar. handlingar*, XXXIX, p. 1439.) — Mc Cone. Ovariotomie pendant la grossesse. (*Amer. j. of obst.*, nov.) — Weitzel. Du tératome de l'ovaire. (*Thèse de Giessen.*) — Dubar. Sarcome de l'ovaire droit étendu à tout le ligament large et englobant une partie de l'utérus, pédiculisation sur l'utérus. (*Echo méd. Nord*, 21 nov.) — Pilliet et Delaunay. Double épithélioma massif des ovaires. (*Soc. anat., Paris*, 5 nov.) — Buddenberg. Un cas de carcinome des deux ovaires. (*Thèse de Kiel.*)

P

Palais. — Ohmann-Dumesnil. Division congénitale de la luette. (*Laryngoscope*, oct.) — Braquehaye. Luette palmée. (*J. méd. Bordeaux*, 31 oct.) — Carstairs. Obstruction respiratoire durant l'anesthésie causée par l'hypertrophie de la luette. (*Brit. med. j.*, 20 nov.) — Goodall. Méthode exacte pour la mensuration des déformations de la voûte palatine. (*J. of mental sc.*, oct.) — Good. 2 cas de papillomes du voile du palais. (*Arch. int. de lar.*, X, p. 681.)

Paludisme. — Nieuwenhuis. Le paludisme à Bornéo. (*Janus*, nov.) — Desmier. De l'impaludisme dans les marais de la basse Vendée. (*Thèse de Paris.*) — Jancso. Recherches hématologiques et histologiques sur un cas de malaria pernicieuse comateuse. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LX, p. 1.) — Ross. Cellules pigmentées spéciales chez deux moustiques nourris de sang paludique. (*Brit. med. j.*, 18 déc.) — Vincent. Du processus leucocytaire dans la malaria. (*Ann. Inst. Pasteur*, XI, p. 891.) — Jenkins. Diagnostic différentiel entre la malaria et la typhoïde. (*Med. Record*, 30 oct.)

— Crespin. 2 cas de névralgie diaphragmatique d'origine palustre. (*Soc. méd. des hôp.*, 5 nov.) — Demilly. Les névrites périphériques paludéennes. (*Thèse de Lyon.*) — Chabal. Les délires dans le paludisme. (*Thèse de Bordeaux.*) — Ballagi. Traitement du paludisme. (*N. York med. j.*, 30 oct.) — Maxly. Traitement des fièvres paludiques. (*Ther. Gaz.*, 15 déc.) — Conti. La quinine dans le paludisme. (*Gaz. d. Osped.*, 14 nov.) — Lapasset. Le traitement spécifique du paludisme d'après la biologie de l'hématozoaire. (*Arch. de méd. mil.*, déc.) — Strasser. L'hydrothérapie dans la malaria. (*Ther. Monats.*, déc.) — Celli et Santòri. Sur la sérothérapie préventive du paludisme. (*Ann. d'Igiene sperimentale*, 15 juill.)

Pancréas. — Sandras. Topographie et chirurgie du pancréas. (*Thèse de Lyon.*) — Stcherbatchew. Composition chimique du suc pancréatique. (*Arch. russes de pathol.*, nov.) — Silvestri. Sur la prétendue action glyco-inhibitrice de la sécrétion interne du pancréas. (*Riforma med.*, 11 mai.) — Doran. Kyste du pancréas, incision, drainage. (*Brit. med. j.*, 18 déc.) — Piccoli. De la sarcomatose du pancréas. (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, XXII, p. 105.) — Frohwein. Sarcome du pancréas. (*Thèse de Giessen.*) — Leven. Cancer primitif de la tête du pancréas. (*Soc. anat. Paris*, 24 déc.)

Pansement. — Pauchet. Notes sur la chirurgie rurale. (*Gaz. des hôp.*, 23 nov.) — Braatz. Traitement des plaies infectées. (*Berlin. klin. Woch.*, 11 oct.) — Loew. Résultats des pansements alcooliques de Salzwedel. (*Ibid.*, 6 sept.) — Platon. Des pansements aseptiques. (*Marseille méd.*, 1er nov.) — Grasset. L'aristol et la chirurgie réparatrice. (*France méd.*, 24 sept.) — Thimm. Du difluordiphényl pour les pansements. (*Derm. Zeit.*, IV, 5.) — Martel. Sur la ligature en chaîne. (*Arch. prov. de chir.*, VI, p. 740.) — Hirschberg. De la réunion primitive des larges lambeaux. (*Cent. f. Chir.*, 31 déc.) — Gobert. Des sutures continues en chirurgie. (*Thèse de Paris.*) — Kuhn. Protecteur adhésif stérile et imperméable. Petite communication sur l'antisepsie opératoire. (*Münch. med. Woch.*, 7 sept.)

Paralysie. — Ruhemann. Un cas de paralysie de Brown-Séquard. (*Berl. klin. Woch.*, 31 mai.) — Thomas. 2 cas de paralysie ascendante aiguë. (*J. of nerv. dis.*, nov.) — Bayler. Paraplégie spasmodique héréditaire. (*Ibid.*, nov., p. 697.) — Goldflam. De la paralysie familiale paroxystique. (*Deut. Zeit. f. Nerv.*, XI, p. 242.) — Gilles de la Tourette. Pathogénie et prophylaxie de l'atrophie musculaire et des douleurs des hémiplégiques. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, juill.) — Donaggio. Sur les lésions des fibres nerveuses spinales dans les psycho-névroses aiguës; de la paralysie spasmodique spinale. (*Riv. sper. di freniat.*, XXIII, p. 771.) — Seletzky. Traitement de l'hémiplégie par l'électricité. (*Therap. Woch.*, 31 oct.) — Huchzermeyer. Traitement de l'hémiplégie. (*Deut. med. Woch.*, 6 janv.) — Revilliod. Paralysie pseudo-hypertrophique. (*Rev. méd. Suisse romande*, oct.) — Lebrun. Traitement chirurgical de la maladie de Little. (*11e Cong. chir. Paris*, p. 701.) — Erdmann. Paralysie traumatique des extrémités supérieures. (*Med. Record*, 13 nov.) — Pick. Opération pour paralysie traumatique du radial. (*Berlin. klin. Woch.*, 22 nov.) — Ginestous et Rothamel. Exemple curieux de suppléance de la main gauche dans un cas de paralysie atrophique spinale de l'enfance. (*Journ. méd. Bordeaux*, 26 déc.) — Seiffer. Des paralysies du nerf péronier. (*Berlin. klin. Woch.*, 20 déc.) — Franke. Traitement chirurgical de la paralysie radiale. (*Ibid.*, 22 nov.) — Piéchaud. De l'anastomose tendineuse dans les déviations du pied consécutives à la

paralysie infantile. (*11e Cong. chir. Paris*, p. 727.) — Achard et Léopold-Levi. Radiographie des os dans la paralysie infantile. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, sept.) — Fuerstner. De la sclérose multiple et de la paralysie agitante. (*Arch. f. Psych.*, XXX. p. 1.)

Paralysie générale. — Clerc. Sur l'étiologie de la paralysie générale, la syphilis comme facteur essentiel. (*Thèse de Lyon.*) — Montesano et Montessori. Un cas de démence paralytique avec bacille tétanique dans le liquide céphalo-rachidien. (*Cent. f. Bakt.*, XXII, p. 663.) — Kiroff. De la paralysie générale alcoolique. (*Thèse de Montpellier.*) — Régis. Sur l'existence et la fréquence de la paralysie générale sans délire. (*J. méd. Bordeaux*, 28 nov.) — Penot. Du délire dans la paralysie générale. (*Thèse de Paris.*) — Athanassio. Les troubles trophiques dans la paralysie générale. (*Arch. de neurol.*, nov.) — Homén. Sur une nouvelle maladie familiale sous forme de démence progressive. (*Finska läkar. handl.*, oct.) — De Montyel. Du diagnostic différentiel de la paralysie générale et du saturnisme paralytique. (*Bull. méd.*, 28 nov.) — Godding. Traitement de la paralysie générale. (*Brit. med. j.*, 13 nov.)

Parole. — Marichelle et Hémardinquer. Etude des sons de la parole par le phonographe. (*Acad. des sc.*, 29 nov.) — Marie. L'évolution du langage considérée au point de vue de l'étude de l'aphasie. (*Presse méd.*, 29 déc.) — Thomas. Essai sur la rééducation de la parole dans l'aphasie motrice corticale. (*Soc. de biol.*, 13 nov.) — Gutzmann. Traitement général des troubles nerveux de la parole. (*Berlin. klin. Woch.*, 13 oct.) — Liebmann. Sur le bégaiement. (*Allg. med. cent. Zeit.*, 10 nov.)

Paupière. — Truc. Pathogénie et traitement des blépharites sèches. (*Rec. d'opht.*, oct.) — Silex. Troubles de la vue par blépharospasme. (*Arch. f. Psych.*, XXX, p. 270.) — Bunzel. Ankyloblépharon filiforme congénital. (*Prager. med. Woch.*, 16 sept.) — Wolff. De l'avancement du releveur palpébral en cas de ptose congénitale. (*Berlin. klin. Woch.*, 15 nov.) — Pergens. Favus de la paupière. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk*, juill.) — Waldhauer. L'opération du trichiasis. (*Klin. Mon. f. Aug.*, nov.) — Chailan. Traitement de l'ectropion cicatriciel consécutif aux brûlures des paupières par la tarsoplastie. (*Marseille méd.*, 15 oct.) — Grandclément. Sur un cas d'ectropion cicatriciel, nouveau procédé opératoire. (*Lyon méd.*, 31 oct.) — Hirschfeld. Autoplastie des paupières. (*Klin. Mon. f. Aug.*, déc.)

Peau. — Pinkus. Sur une forme de glandes sébacées rudimentaires. (*Arch. f. Derm.*, XLI, p. 347.) — Hutchinson. La peau comme facteur dans la circulation chez l'homme, traitements de Schott et de Brand. (*Boston med. surg. j.*, 18 nov.) — Barratt. Elimination d'eau et de CO^2 par la peau enflammée. (*J. of phys.*, XXII, p. 206.) — Beron. Des troubles trophiques de la peau. (*Derm. Zeit.*, IV, 5.) — Heveroch. Le rapport causal de la putréfaction intestinale avec quelques dermatoses. (*Wiener. med. Woch.*, 30 oct.) — Frisco. Des dermatoses dans les autointoxications et les intoxications bactériennes expérimentales. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXXII. p. 545.) — Leredde. Lésions de la peau et du sang dans la dermatite pustuleuse. (*Ann. de derm.*. VIII, p. 1138.) — Fordyce. Un cas de dermatite herpétiforme. (*J. of cut. dis.*, nov.) — Hartzell. Un cas d'impetigo herpétiforme. (*Ibid.*) — Allgeyer. 2 cas de dermatite herpétiforme. (*Derm. Zeit.*, IV, 5.) — Frickenhaus. Traitement de la dermatite médicamenteuse. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXV, p. 493.) — Danlos. Erythrodermie chronique en

réseau avec ichtyose. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 1283.) — HALLOPEAU. Sur un 4e fait d'acrodermatite suppurative continue. (*Ibid.*, VIII, p. 1277.) — CORLETT. Gangrène spontanée de la peau. (*J. of cut. dis.*, déc.) — CABOT. De l'hydroadénite suppurée. (*N.-York med. j.*, 6 nov.) — SCHOLLWER. Tuberculose verruqueuse de la peau. (*Thèse de Wurzbourg.*) — DJAMDJIEFF. La verrue plane juvénile. (*Thèse de Bordeaux.*) — MELCHIOR-ROBERT. Une variété insolite de verrue des régions plantaire et palmaire. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 1248.) — ROUSSEL. Verrues et suggestion. (*Loire méd.*, 15 sept.) — AUSSET. Gommes de la peau énormes, multiples, chez un nourrisson de quatre semaines. (*Bull. soc. méd. du Nord*, 22 oct.) — GRAVAGNA. Mélanodermie par phtiriase. (*Gaz. d. Osped.*, 14 nov.) — TAILHEFER. Fibromes multiples et congénitaux de la peau. (*Prog. méd.*, 25 déc.) — SEMENOW. 10 cas de sarcome idiopathique pigmentaire multiple de la peau. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXV, p. 539.) — LEISTIKOW. Traitement des maladies de la peau. (*Hambourg.*)

Périnée. — V. GUBAROFF. De la colpo-périnéorraphie. (*Cent. f. Gyn.*, 4 déc.)

Péritoine. — ANDLER. Sur l'appareil générateur des leucocytes dans le péritoine. (*Acad. des sc.*, 27 déc.) — TRANGER. Position anormale du péritoine dans le repli de Douglas. (*Arch. f. Anat.*, 5 et 6, p. 316.) — MELTZER. Les voies d'absorption de la cavité péritonéale. (*J. of phys.*, XXII, p. 198.) — MUSCATELLO. Des conditions nécessaires à la production des adhérences péritonéales. (*Arch. per le sc. med.*, XX, 17.) — NOVÉ-JOSSERAND et GOINARD. Des adhérences intra-péritonéales douloureuses. (*Lyon méd.*, 14 nov.) — DU PASQUIER. Cirrhose hyperthrophique systématique du péritoine. (*Archiv. gén. de méd.*, déc.) — GILLESPIE. Epanchement chyleux dans la plèvre, le péricarde et le péritoine. (*Edinb. med. j.*, déc.) — FORGUE. Traitement des péritonites aiguës. (*Gaz. méd. Paris*, 27 nov.) — WINCKEL et CRESTOVITCH. Du traitement chirurgical de la péritonite. (*Ann. de gyn.*, nov.) — MELLIÉS. Traitement de la péritonite infectieuse généralisée post-opératoire. (*Thèse de Lyon.*) — THOMAS. Traitement de la tuberculose péritonéale par les lavements créosotés. (*Rev. médic. Suisse romande*, nov.)

Peste. — YERSIN. Rapport sur la peste aux Indes. (*Arch. de méd. nav.*, nov.) — WYSSOKOWITCH. Rapport de l'expédition russe pour l'étude de la peste à Bombay. (*Arch. russes de pathol.*, oct.) — MATIGNON. Un nouveau foyer de peste bubonique. (*J. méd. Bordeaux*, 28 nov.) — HAUCHECORNE et KOLLE. De la contagiosité de la peste. (*Berlin. klin. Woch.*, 15 nov.) — LUSTIG et GALEOTTI. Sur la possibilité de la transmission par hérédité ou par allaitement de l'immunité acquise envers la peste bubonique. (*Arch. ital. de biol.*, XXVIII, p. 327.) — LUSTIG. Résultats des recherches faites dans l'Inde sur la vaccination préventive contre la peste bubonique et sur la sérothérapie. (*Ibid.*, p. 307.) — ZABOLOTNY. Expériences d'inoculation et d'immunisation des singes contre la peste. (*Arch. russes de pathol.*, sept.) — GALEOTTI et MALENCHINI. Recherches sur les singes d'inoculations et de sérothérapie contre la peste. (*Cent. f. Bakt.*, XXII, p. 508.) — GOSIO. L'arsenicage des peaux sous le rapport de la prophylaxie de la peste. (*Hyg. Rundsch.*, 25 déc.)

Pharmacologie. — A. JAQUET. Effets pharmaco-dynamiques de quelques drogues végétales obtenues de la plante fraîche par dialyse. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 1er juin.) — STREIT. L'opium comme bactéricide. (*Cent. f. Gyn.*, 20 nov.) — POPOFF. Pharmacologie de la pellotine. (*Vratch*, 20 nov.) — EBERSON. La péronine nouveau sédatif. (*Therap. Monats.*, nov.)

— SCHWERSENSKI. Le validol, analeptique et antihystérique. (*Ibid.*) — FRY. Action physiologique de la coprinacétoxime. (*Brit. med. j.*, 11 déc.) — TOUSEY. De la thiosinamine. (*N.-York med. j.*, 6 nov.) — MARFORI. Sur l'action biologique de la cotarnine. (*Arch. ital. de biol.*, XXVIII, p. 191.) — HARE et COPLIN. Influence de la digitale administrée longtemps sur le cœur. (*Ther. Gaz.*, 15 déc.) — DULIÈRE. L'essence de santal citrin et ses falsifications. (*Bull. Acad. méd. Belgique*, XI, p. 761.) — STUBENROTH. Des troubles de la santé dus à la vaseline, à la paraffine liquide et à l'huile minérale. (*Münch. med. Woch.*, p. 639, 25 juin.) — UNNA. De l'ichtyol. (*Mon. f. prakt. Derm.*, XXV, p. 533.) — VIGNOLI. Rapport sur les huiles de lin et de colza. (*Arch. de méd. nav.*, nov.) — NEUMAYER. De l'orthoforme. (*Münch. med. Woch.*, 2 nov.) — KLAUSSNER. De l'orthoforme. (*Ibid.*, 16 nov.) — SCHMIDT. De la lacto-somatose tannigère. (*Ibid.*, 23 nov.) — RUMFF et KLEINE. Physiologie de l'ammoniaque et de ses sels. (*Zeit. f. Biol.*, XXXIV, p. 65.) — ACHARD et CASTAIGNE. Sur la décoloration du bleu de méthylène par les éléments vivants. (*Soc. de biol.*, 18 déc.) — SAKHAROFF. Sur le rôle du fer dans les phénomènes de la vie et de la mort des cellules. (*Arch. russes de pathol.*, juill.) — MODICO. Sur l'action aiguë du sélénium. (*Lo Sperimentale*, LI, p. 182.)

Pharynx. — NIKOFOFF. De l'hyperkératose pharyngée. (*Thèse de Genève.*) — KREBS. Qu'est-ce que la phayrngite sèche. (*Wien. klin. Rundschau*, 8 nov.) — LEYSER et OLLENDORFF. De l'anesthésie dans les opérations de végétations adénoïdes. (*Therap. Mon.*, déc., p. 655 et 658.) — SIEBENMANN. De l'habitus adénoïde. (*Münch. med. Woch.*, p. 983, 7 sept.) — GRADENIGO. De l'hyperplasie de l'amygdale pharyngée. (*Boll. mal. dell' orecchio*, XV, p. 270.) — GAUDIER. Quelques réflexions à propos de 157 cas de végétations adénoïdes, (*Echo méd. Nord*, 28 nov.) — MOURE. Les adénoïdites aiguës chez l'adulte. (*Rev. hebd. de lar.*, 27 nov.) — HARTMANN. Ablation des végétations adénoïdes au moyen de pinces droites avec éclairage du champ opératoire. (*Ibid.*) — ROUSSET. De la symphyse staphylo-pharyngienne et de son traitement. (*Thèse de Lyon.*) — SPENCER. Séparation d'adhérences anciennes entre le voile et le pharynx. (*London lar. soc.*, 10 nov.) — MAZERAND. Les rétrécissements du cavum pharyngo-laryngé et leur traitement par la pharyngotomie transhyoïdienne. (*Thèse de Lyon.*) — GAUDIER. De la voie nasale, incision médiane, pour l'ablation des tumeurs naso-pharyngiennes. (*Bull. soc. de chir.*, XXIII, p. 790.) — SARGNON. Traitement des fibromes naso-pharyngiens. (*Gaz. des hôp.*, 27 nov.) — ISCH-WALL. Extirpation d'un gros polype naso-pharyngien. (*11e Congr. chir. Paris.*, p. 269.)

Photographie. — CHOQUET. La photomicrographie histologique et bactériologique. (In-8°, p. 151, *Paris.*) — POLIER. Sur la pratique de la photomicrographie. (*Arch. de méd. exp.*, IX, p. 1147.)

Physiologie. — FOSTER. Les progrès de la physiologie depuis 1884. (*Rev. scientif.*, 13 nov.) — EWALD. Introduction d'air dans les lacunes osseuses. Observation de la circulation dans le poumon du triton, siphon capillaire, conservation d'éléments histologiques isolés. Appareil pour le lavage continu des préparations histologiques. (*Zeits. f. Biologie*, XXXIV, p. 246.)

Pied. — STENDEL. Mécanisme de la voûte plantaire. (*Cent. f. Chir.*, 18 déc.) — DUPLAY. Subluxation du pied en dehors consécutive à la paralysie infantile; arthrodèse tibio-tarsienne. (*Gaz. des hôp.*, 2 déc.) — VULPIUS. Traitement des difformités paralytiques du pied. (*Berl. klin. Woch.*, 18 oct.) — VULLIET. 5 cas d'ostéoarthrites tuberculeuses de l'avant-pied opérées par

résection tarso-métatarsienne transversale. (*Rev. méd. Suisse romande*, sept.) — KUMMER. Pièce de tarsectomie postérieure totale pour tuberculose. (*Ibid.*, déc.) — DAVIS. La technique de l'amputation du pied suivant la méthode de Pirogoff. (*J. Amer. med. Ass.*, 30 oct.) — BAYER. La ténotomie plastique du tendon d'Achille dans le pied-bot paralytique. (*Prager med. Woch.*, 11 nov.) — LENTZ. Traitement des pieds-bots congénitaux. (*11e Congr. chir. Paris*, p. 727.) — ARREAT. Traitement du pied-bot varus équin congénital. (*Thèse de Montpellier.*)

Pigment. — APERT. Taches pigmentaires intestinales constituées par la rubigine. (*Soc. de biol.*, 2 oct.) — APERT. Tumeurs pigmentaires de l'intestin grêle constituées par du pigment ocre. (*Soc. anat. Paris*, 8 oct.)

Placenta. — MAXIMOW. Structure fine du placenta du lapin. (*Arch. f. mik. Anat.*, LI, p. 68.) — LAUDENBACH. Développement du placenta. (*Thèse de Wurtzbourg.*) — TARDIF. Cotylédons erratiques. (*Arch. méd. Angers*, I, p. 589.) — DELORE. Circulation maternelle du placenta et lésions pathologiques de cet organe. (*France méd.*, 10 sept.) — DREJER. Sur le décollement prématuré d'un placenta inséré normalement. (*Norsk. Mag.*, déc., p. 1299.) — BURCKHARDT. Technique du décollement du placenta. (*Cent. f. Gyn.*, 13 nov.) — GOTTSCHALK, WINTER et MARTINI. Sur un cas de décollement du placenta normalement inséré 4 semaines avant terme chez une primipare atteinte de néphrite gravidique. (*Berlin. klin. Woch.*, 12 juill.) — KYNOCH. Tuberculose du placenta. (*Scottish med. j.*, nov.) — LOUVRIER. Du déciduome malin ou épithélioma ecto-placentaire. (*Thèse de Montpellier.*) —

Plèvre. — LE DAMANY. La bactériologie et la pathogénie des pleurésies séro-fibrineuses. (*Gaz. des hôp.*, 18 nov.) — LE DAMANY. Recherches sur les pleurésies séro-fibrineuses. (*Thèse de Paris.*) — BRACHET. Recherches sur l'évolution de la portion céphalique des cavités pleurales et sur le développement de la membrane pleuro-péricardique. (*J. de l'anat.*, sept.) — POTAIN. De l'état général du poumon dans la pleurésie. (*Semaine méd.*, 10 nov.) — ROBERT. Des manifestations pleurétiques au cours des maladies du cœur et de l'aorte. (*Thèse de Paris.*) — PITRES. Les signes physiques des épanchements pleuraux. (*Arch. clin. Bordeaux*, déc.) — BERGONIÉ et CARRIÈRE. Sur quelques résultats comparatifs des méthodes cliniques ordinaires et de l'examen fluoroscopique dans les épanchements pleurétiques. (*Acad. des sc.*, 6 déc.) — APPEL. De l'expectoration albumineuse à la suite de la thoracentèse. (*Thèse de Marbourg.*) — TURPIN. Traitement de la pleurésie séro-fibrineuse par le régime lacté exclusif. (*Thèse de Toulouse.*) — RIVET. Du traitement des grandes pleurésies chroniques séreuses par les ponctions répétées. (*Thèse de Lyon*). — TRUMPP. Présence du bacille dans le pus de l'empyème. (*Hyg. Rundsch.*, VI, p. 1069.). — CESTAN. Les empyèmes chroniques. (*Arch. gén. de méd.*, nov.) — BRIN. Pleurésie purulente enkylosée avec large calcification de la plèvre, latence absolue. (*Soc. anat. Paris*, 29 oct.) — LOCKWOOD. Chirurgie de l'empyème. (*Med. News*, 25 déc.) — CÉNAS. Traitement de l'empyème interlobaire. (*Loire méd.*, 15 déc.) — RIORY. L'empyème et son traitement de choix par le procédé de Gangolphe la pleurrorhexie. (*Thèse de Lyon.*) — BONGERT. Cancer endothélial de la plèvre. (*Thèse de Greifswald.*) — BENDA, FRAENKEL. Deux observations de cancer primitif de la plèvre. (*Berlin. klin. Woch.*, 1er mars.) — TARTAVEZ. Le décollement de la plèvre et le refoulement du diaphragme dans les interventions transthoraciques sur la face convexe du foie, abcès kystiques, empyèmes sous-phréniques. (*Thèse de Lyon.*)

Poil. — Hallopeau et Laffitte. Sur les folliculites des séborréïques et la dépilation qu'elles peuvent provoquer. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 1274.) — Brandt. Sur la richesse pileuse. (*Vratch*, 16 oct.) — Panichi. La trichorrhexie noueuse. (*Settim. med.*, 18 sept.)

Poumon. — Haldane et Smith. Absorption de l'O par les poumons. (*J. of phys.*, XXII, p. 231.) — Galliard. Le son de percussion amphorique. (*Soc. méd. des hôp.*, 3 déc.) — Macaud. Des rapports de la congestion pulmonaire à forme pneumonique et de la pneumonie abortive. (*Thèse de Paris.*) — Hauser. A propos des recherches d'Aufrecht sur la pneumonie croupale. (*Beit. z. path. Anat.*, XXII, p. 608.) — Pearce. Bactériologie de la pneumonie et de la broncho-pneumonie; infections variées dues au diplocoque lancéolé. (*Boston med. j.*, 2 déc.) — Mouisset. Epidémie de pneumonie. (*Lyon méd.*, 13 nov.) — Graffaguini. 33 cas de pneumonie guéris. (*Gaz. d. Osped.*, 14 nov.) — Rothmann Senior. Ascite hépatique avec omphalocèle disparues à la suite d'une pneumonie double. (*Berlin. klin. Woch.*, 13 déc.) Pézerat. De la pneumonie traumatique. (*Thèse de Lyon.*) — Aufrecht. Pneumonie avec empyème et abcès cérébral; après guérison apparente d'une durée de deux mois, méningite purulente mortelle. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LIX, p. 627.) — Kinnear. La pneumonie traitée par la chaleur sur la colonne vertébrale et par les inhalations d'oxygène pur. (*Boston med. j.*, 2 déc.) — Donovan. Un cas de pneumonie traitée par la saignée. (*Med. Record*, 18 déc.) — Rubel. Traitement de la pneumonie par la digitale à hautes doses. (*Berlin. klin. Woch.*, 4 oct.) — Mennes. Le sérum anti-pneumoconique et le mécanisme de l'immunité des lapins pour le pneumocoque. (*Zeit. f. Hyg.*, XXV, 2.) — Arnold. De la nécrose lenticulaire et de la formation des calculs du poumon. (*Münch. med. Woch.*, 23 nov.) — Edwards. Abcès du poumon, opération. (*Lancet*, 18 déc.) — Reynaud. Abcès pulmonaire et slérose lobaire consécutive. (*Marseille méd.*, 1er oct.) — Martiny. Hernie du poumon. (*Berlin. klin. Woch.*, 6 déc.) — Pollak. Sarcome primitif du poumon. (*Thèse de Wurtzbourg.*) — Guisan, Pegaitaz. Pneumothorax gauche subit chez un homme bien portant. (*Rev. méd. Suisse rom.*, nov.) — Lavernhe. Du pneumothorax; statistique algérienne. (*Thèse de Lyon.*) — Troisier. Récidives d'hydropneumothorax tuberculeux. (*Soc. méd. des hôp.*, 17 déc.) — Galliard. L'emphysème sous-cutané consécutif à la ponction du pneumothorax. (*Ibid.*, 10 déc.) — Kidd. Pneumothorax par violence directe sans fracture des côtes. (*Lancet*, 13 nov.) — West. Pyopneumothorax durant depuis plusieurs mois guéri par large incision. (*Brit. med. j.*, 27 nov.)

Prostate. — Caminiti et Salomoni. De l'hypertrophie de la prostate. (*Milan.*) — Delore. De la fonction du nouvel urètre chez les prostatiques anciennement cystostomisés. (*Thèse de Lyon.*) — Bataille. Calcul prostatique et calcul vésical. (*Normandie méd.*, 1er déc.) — Floderus. Les altérations anatomiques des organes génitaux après des opérations sexuelles dans l'hypertrophie de la prostate. (*Nord. med. Arkiv*, XXIX, 24.) — Rose. Cas d'hypertrophie prostatique guéris par la castration double. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 656, 26 juil.) — Debeaux. Des diverses interventions chirurgicales dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate. (*Thèse de Toulouse.*) — Hoffmann. Traitement chirurgical de l'hypertrophie de la prostate. (*Beit. z. klin. Chir.*, XIX, p. 54.) — Oraison. Sur la médication par la prostate et par les vésicules séminales dans l'hypertrophie de la prostate. (*Thèse de Bordeaux.*) — Schulten. La castration contre l'hypertrophie de la prostate. (*Finska läkar. handlingar*, XXXIX, p. 1700.) — Gaetjen. Du carcinome de la prostate et de la vessie. (*Thèse de Gottingue.*)

Protozoaires. — Schardinger. Cultures de protozoaires. (*Cent. f. Bakt. 1 Abth.*, XXII, p. 3.) — Sjöbring. Etude de quelques protozoaires. (*Ibid.*, XXII, p. 675.)

Prurigo. — White. Le prurigo. (*J. of. cut. dis.*, janv.) — Nicolle. 2 observations de prurigo de Hebra. (*Normandie méd.*, 1er déc.) — Lapin. Du prurigo, interprétation de l'albuminurie dans un cas. (*Bull. méd. Algérie*, 10 oct.)

Psittacose. — Dupuy. De la psittacose au point de vue épidémiologique. Relation de 2 nouveaux cas observés à Saint-Denis. (*Progr. méd.*, 9 oct.) La psittacose. (*Gaz. hebd. Paris*, 13 avril.)

Psoriasis. — Gassmann. Du psoriasis. (*Arch. f. Derm.*, XLI, p. 357.) — Heubner. Psoriasis chez une fillette traité avec succès par la thyroïdine. (*Berl. klin. Woch.*, 1er nov.) — Gerhardt. Traitement thyroïdien du psoriasis. (*Ibid.*, 1er nov.) — Bader. Traitement du psoriasis, 333 cas. (*Thèse de Leipzig.*)

Puerpéral. — Velde. La fièvre puerpérale à l'hôpital de la Charité. (*Arch. f. Gyn.*. LV, p. 111.) — Hastingo. Septicémie puerpérale. (*N.-York med. j.*, 20 nov.) — Monin. Phlegmatia alba puerpérale. 2 cas probables d'auto-infection. (*Lyon méd.*, 12 déc.) — Ehrlich. Un cas de pyélite septique consécutif à une cystite; complication de l'état puerpéral. (*Boston med. j.*, 28 oct.) — Marx. Lésions importantes de l'appareil génital dans le puerpérisme. (*Med. News*, 4 déc.) — Perroulaz. Fièvre puerpérale avec vaginite pseudomembraneuse. (*Rev. méd. Suisse romande*, nov.) — Cowles. Infection puerpérale. (*J. Amer. med. Ass.*, 18 déc.) — Wallich et Weinstein. De la sérothérapie appliquée à la septicémie puerpérale. (*Ann. de gyn.*, nov.) — Stansby. Sérothérapie streptococcique dans la fièvre puerpérale. (*Lancet*, 13 nov.) — Siff. Un cas de septicémie puerpérale traité avec succès par le sérum antistreptococcique. (*Med. Record*, 13 nov.) — Montgoméry. Le traitement de la sepsie puerpérale. (*J. Amer. med. Ass.*, 20 nov.)

Purpura. — Jaunin. Cas de purpura traité par l'ingestion de moelle osseuse. (*Rev. méd. Suisse romande*, juin.) — Apert et Rabé. Maladie de Werlhof à forme chronique, disparition des symptômes morbides et des lésions du sang 8 jours après le début du traitement. (*Bull. méd.*, 21 nov.) — Pigot. Sur un cas de purpura hémorragique guéri par des injections de sérum artificiel. (*Gaz. hebd. Paris*, 17 oct.)

Psychologie. — Hawkins. Expériences sur la mémoire. (*Psychol. review*, IV, 3.) — Herrick. Propagation de la mémoire. (*Ibid.*) — Talbot. Moyen d'exercer la mémoire visuelle. (*Amer. j. of psych.*, VIII, 3.) — Mumford. Mouvements persistants de l'enfance. (*Brain.*, n° 79.)

Psychose. — Guélou. Des psychoses dans leurs rapports avec les affections des reins. (*Thèse de Bordeaux.*) — Sérieux. Le traitement des psychoses aiguës par le repos au lit. (*Rev. intern. de thérap.*, 15 sept.)

R

Rachis. — Posth. Le développement du sacrum. (*Soc. anat. Paris*, 12 nov.) — Wolpert. De la ponction lombaire. (*Thèse d'Iena.*) — Calot. Sur la correction opératoire des scolioses graves, (11e *Cong. chir. Paris*, p. 335.) — Bilhaut. Traitement de la scoliose. (*Ibid.*, p. 341.) — Le même. Traitement du mal de Pott. (*Ibid.*, p. 327.) — Phocas. Traitement du mal de Pott et redressement de la gibbosité. (*Ibid.*, p. 322.) — Calot, Levassort. Traitement du mal de Pott. (*Ibid.*, p. 299, 349.) — Redard. Traitement de la gibbosité du mal de Pott. (*Ibid.*, p. 312.) — Delcroix. Le traitement du mal de Pott. (*Ann. Soc. belge chir.* 15 déc.) — Girard. Redressement d'une gibbosité pottique, cause de paraplégie. (*Dauphiné méd.*, nov.) — Tubby et Jones. Difformité angulaire du rachis traitée par la réduction, 25 cas. (*Brit. med. j.*, 20 nov.) — Fournereaux. Sur le redressement des gibbosités dans le mal de Pott. (*Thèse de Lyon.*) — Vulpius. Sur le redressement forcé de la bosse. (*Münch. med. Woch.* 7 sept. et *Cent. f. Chir.*, 11, déc.) — Nebel. Le redressement des gibbosités du mal de Pott. (*Samml. klin. Vorträge.* n° 191.) — Murray. Redresement forcé du rachis dans le mal de Pott (*Brit. med. j.*, 4 déc.) — Maass. Traitement opératoire du spina bifida. (*Deut. med. Woch.*, 18 nov.) — Roux. Fractures de la colonne vertébrale. (*Marseille méd.*, 15 nov.)

Rachitisme. — De Coninck. Nouveaux documents sur le rachitisme. (*Soc. de biol.*, 4 déc.) — Mircoli. Ma théorie infectieuse du rachitisme. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LX, p. 47.) — Variot. Sur une variété spéciale de rachitisme, lésions similaires chez 3 frères. (*Bull. Soc. méd. hôp.*, 26 nov. et *J. de clin. inf.*, 2 déc.) — Variot. Troubles moteurs dans le rachitisme. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 26 nov.) — Charpentier. De l'incurvation du col fémoral attribué au rachitisme du coxa vara (*Thèse de Paris.*) — Albertin. Traitement des déviations rachitiques des membres par l'ostéoclasie et l'ostéotomie. (11e *cong. chir. Paris.*)

Radiographie. — Destot. Sur quelques procédés techniques de radiographie et de radioscopie. (*Lyon méd.*, 21 nov.) — Lévy. Perfectionnement de la radiographie. (*Berlin. klin. Woch.*, 1 juill.) — Pott. L'action des rayons X sur le bacille tuberculeux. (*Lancet*, 20 nov.) — Jones. Rayons X, leur valeur diagnostique. (*J. Amer. med. Ass.*, 6 nov.) — Tracy. Les erreurs diagnostiques avec les rayons X. (*Ibid.*) — Hoffmann. Emploi des rayons R. en médecine. (*Deut med. Woch.*, 9 déc.) — Benedict. Applications médicales des rayons Röntgen. (*Berlin. klin. Woch.*, 26 juill.) — Lévy-Dorn, Rosenfeld. Diagnostic des anévrismes artiques à l'aide des rayons de Röntgen (*Idem.*) — Becher. Avantages de l'emploi de la bande d'Esmarch dans l'examen des os longs à l'aide des rayons Röntgen. (*Ibid.*) — Rumpf. Importance médicale des rayons Röntgen. (*Ibid.*, 18 oct.) — Hoffmann. Applications médicales des rayons Röntgen. (*Ibid.*) — Scheier. Photographie du nez et du larynx à l'aide des rayons Röntgen. (*Ibid.*, 19 juill.) — Perrée. Rayon R. appliqués aux expertises médico-légales. (*Thèse de Paris.*) — Gatti. Influence des rayons X sur la régénération du pourpre rétinien. (*Cent.

f. Phys., XI, p. 461.) — GATTI. Sur la régénération du pourpre et sur la manière dont se comporte l'épithélium pigmentaire dans la rétine exposée aux rayons R. (*Arch. ital. de biol.*, XXVIII, p. 47.) — MAX EDEL. Application des rayons de Röntgen à l'acromégalie (*Berlin. klin. Woch.*, 9 août.) — WILLIAMS. Les rayons R. dans les maladies thoraciques. (*Amer. j. of med., sc.* déc.) — WHITE. Les rayons R. en chirurgie. (*Trans. Amer. surg. Ass.* XV, p. 61.) — KUETTNER. L'emploi des rayons R. en chirurgie de guerre (gréco-turque). (*Thèse de Tubingue.*) — HANSELL. Les rayons R. dans la chirurgie de l'œil. (*Amer. j. of med. sc.*, 16 nov.) — FRIDENBERG. Plaies des deux yeux, découverte des corps étrangers par les rayons R. (*Deut. med. Woch.*, 11 nov.) — KIBBE. Utilité des rayons X pour découvrir les particules métalliques dans l'œil. (*Arch. of opht.*, XXVI, p. 517.) — REMY et CONTREMOULIN. Appareil destiné à déterminer d'une façon précise, au moyen des rayons X, la position des projectiles dans le crâne. (*Acad. des sc.*, 22 nov.) — OBICI et BOLLICI. Application des rayons X au diagnostic du siège des corps étrangers de la tête et des tumeurs intracraniennes. (*Riv. di patol. nerv.*, II, p. 433.) — GLOVER. Radiographie des cavités osseuses de la face et du crâne. (*Arch. int. de lar.*, X, p. 715.) — HENSCHEN et LENNAUDEN. Application de la radiographie à la chirurgie du cerveau. (*Gaz. hebd. Bordeaux*, 26 déc.) — MARCUS. Balle dans la région sus-hyoïdienne, radiographie. (*Lyon méd.*, 28 nov.) — COUSIN. De l'emploi de la radiographie dans les lésions traumatiques du poignet. (*Thèse de Lyon.*) — ARNOZAN et BERGONIÉ. Des rayons de Röntgen pour la détermination de la direction des trajets fistuleux. (*J. méd. Bordeaux*, 21 nov.) — DESTOT. Radiographie d'une fracture isolée de l'astragale. (*Lyon méd.*, 12 déc.) — SCHWERTZEL. Des nombreuses applications chirurgicales des rayons de Röntgen. (*Berlin. klin. Woch.*, 19 juill.) — DESTOT. Dégénérescence graisseuse des os et radiographie. (*Lyon méd.*, 19 déc.) — TREITEL. Radiographie d'un dentier arrêté dans l'œsophage. (*Berlin. klin. Woch.*, 20 déc.) — GAUDIN. Falsification des farines par les substances minérales, recherche par les rayons X. (*Arch. méd. Angers*, I, p. 597.)

Rage. — LIVON. Résultats statistiques pour 1896 de l'Institut antirabique de Marseille. (*Marseille méd.*, 1er nov.) — WÖLFLER. Méthode et résultat du traitement de la rage. (*Prager med. Woch.*, 2 sept.)

Rate. — KRAATZ. Développement de la rate. (*Thèse de Marbourg.*) — PICOU. Nouvelle méthode pour étudier les changements de rapport de la rate. (*Soc. anat. Paris*, 31 juill.) — GACHET. Du rôle de la rate dans la digestion pancréatique de l'albumine (*Thèse de Bordeaux.*) — JACOB. Influence de l'ablation de la rate sur les maladies infectieuses. (*Berlin. klin. Woch.*, 20 nov.) — BORDET. Des modifications du sang après la splénectomie. (*Thèse de Paris.*) — COURMONT et DUFFAU. Influence de la splénectomie sur la résistance du lapin aux intoxications microbiennes. (*Soc. de biol.*, 18 déc.) — BECK. Rupture sous-cutanée de la rate, splénectomie. (*Münch. med. Woch.*, 23 nov.) — BECK. Rupture sous-cutanée de la rate, extirpation de la rate, guérison. (*Münch. med. Woch.*, 23 nov.)

Rectum. — Abcès à pneumocoques de l'espace pelvi-rectal. (*Bull. Soc. de chir.*, XXIII, p. 798.) — MATAS. Traitement chirurgical des imperforations anorectales, procédés modernes. (*Trans. Amer. surg. Assoc.* XV, p. 453.) — QUÉNU et LANDEL. Histologie pathologique des cancers du rectum. (*Rev. de chir.*, nov.) — CSESCH. Statistique de cancers du rectum. (*Beitz. klin. Chir.*, XIX, p. 685.) — LIERMANN. Méthode vaginale des opérations sur le rectum. (*Ibid.*, XIX, p. 559.) — QUÉNU et HARTMANN. Traitement du cancer du rec-

tum. (11e *cong. chir. Paris*, p. 521.) — JULLIARD. Utilité de l'anus contre nature dans le traitement du cancer du rectum. (*Ibid.*, p. 578.) — POLOSSON. De l'anus iliaque préliminaire dans le traitement du cancer du rectum (*Ibid.*, p. 584.) — BERGER. Extirpation du rectum et de l'anse oméga· (*Ibid.*, p. 586.) — GALLET. Traitement du cancer dn rectum. (*Ibid.*, p. 595.) — PÉAN. Traitement opératoire du cancer du rectum. (*Ibid.*, p. 597.) — DEPAGE. Résultats éloignés de la resection du rectum cancéreux. (*Ibid.*, p. 632.) — MOULONGUET. ablation des cancers du rectum. (*Ibid.*, p. 638.) — BOECKEL. Résultats éloignés de l'extirpation du rectum, 59 cas. (*Ibid.*, p. 609.) — HEYDENREICH. De la voie vaginale dans la resection du rectum. (*Ibid.*, p. 625.) — TAILHEFER. Traitement du cancer du rectum. (*Ibid.*, p. 642.)

Réflexe. — TIXIER. Sur la nature des réflexes péritonéaux. (*Lyon méd.*, 12 déc.) — BERGMAN. Excitabilité réflexe de la grenouille pendant l'arrêt de la circulation. (*Skandin. Arch. f. Phys.*, VII, p. 198.) — BERNARDINI. Sur les réflexes de la tête et spécialement sur ceux des muqueuses. (*Settim. med.*, 11 sept.)

Rein. — CHIEVITZ. Etude sur le rein des mammifères. (*Arch. f. Anat.*, supp. Band, p. 80.) — GUYON et ALBARRAN. Physiologie pathologique des rétentions rénales. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, nov.) — SCHEIB. Absence complète des deux reins chez un fœtus féminin de 7 mois mort dix minutes après sa naissance. (*Prager med. Woch.*, 21 oct.) — GRENET. 2 observations de rein unique avec absence de l'uretère au rein manquant. (*Soc. anat. Paris*, 24 déc.) — MABBOUX. Des pseudo-névralgies sciatique et crurale liées à l'ensablement du rein. (*Lyon méd.*, 21 nov.) — CHARRIER. De l'élimination de la potasse urinaire dans les néphrites. (*Soc. de biol.*, 13 nov.) — RABINOWITCH. Lésions de la moelle osseuse dans les néphrites chroniques. (*Thèse de St-Pétersb.*) — BODE. Etude de la néphrite. (*Thèse de Marbourg.*) — DE KEERSMACKER. Néphrite chronique unilatérale avec hématurie. (*Ann. soc. belge chir.*, 15 déc.) — DE GRANDMAISON. Néphrite cantharidienne chez une tuberculeuse. (*Méd. mod.*, 22 déc.) — FISCHER. De la péricardite brightique. (*Thèse de Lyon.*) — MICHEL. Des tuberculoses latentes du rein. (*Thèse de Montpellier.*) — BLOCH. Sur la résection du tissu rénal pratiquée dans un but diagnostique. (*Nord. med. Arkiv*, XXIX, p. 25.) — PELON. Du traitement des néphrites par les bains d'air chaud. (*Thèse de Montpellier.*) — CŒLHO. 3 cas de néphrectomie dans des pyélonéphrites suppurées suivies de guérison. (*Rev. de chir.*, nov.) — HOMANS. 1 cas de néphrectomie pour abcès rénal, pyélite calculeuse et cholécystotomie chez le même patient; guérison. (*Boston med. j.*, 25 nov,) — DE KEERSMAECKER. Néphrite chronique unilatérale avec hématurie continue datant de deux ans et demi. Néphrectomie; guérison. (*Ann. soc. belge chir.*, 15 déc.) — MANLEY. Suppuration rénale, catarrhe spécifique et traumatique; valeur de l'analyse microscopique des sédiments urinaires comme moyen de diagnostic exact. (*J. Amer. med. Ass.*, 13 nov.) — PERNOT. Traitement de la pyonéphrose tuberculeuse par les ouvertures et les drainages multiples. (*Thèse de Lyon.*) — LOUMEAU. Néphrectomie pour tuberculose primitive du rein. (*Ann. policlin. Bordeaux*, nov.) — BŒCKEL. Hydronéphrose consécutive à une pyélite chronique, oblitération partielle du bassinet et oblitération totale de l'uretère, néphrectomie transpéritonéale; guérison opératoire. (*Assoc. franç. d'urol.*, 21 oct. et *Gaz méd. Strasbourg*, 1er janv. 1898.) — RICHARDSON. Uretéroteplastie pour hydronéphrose intermittente. (*Trans. Amer. surg. Ass.*, XV, p. 555.) — MATHRATH. De l'hydronéphrose traumatique. (*Thèse de Bonn.*) — GAYET fils. Traitement de l'hydronéphrose par

le retournement de la poche à l'extérieur; résultat éloigné. (*Lyon méd.* 19 déc.) — WOLKOFF et DELITZYNE. La pathogénie du rein mobile. (*St-Pétersbourg.*)— PETIT. Les rapports pelviens des uretères chez la femme. (*Gaz. méd. de Paris.*, 6 nov.) — HOELSCHER. Cathétérisme des uretères. (*Münch. med. Woch.*, 14 déc.) — HÖLLANDER. Faible utilité diagnostique du cathétérisme des uretères pour la chirurgie rénale. (*Berlin. klin. Woch.*, 23 août.) — Léopold CASPER. Réfutation du précédent. (*Ibid.*, 20 sept.) — TAILHEFER. Volumineux calcul uretéral. (*Arch. prov. de chir.*, VI, p. 678.) — STEINER. Calculs de l'uretère. (*Berlin. klin. Woch.*, 12 juill.) — LE BEC. Hydronéphrose volumineuse par oblitération de l'uretère. (11[e] *Cong. chir. Paris*, p. 367.) — HARTMANN. Note sur l'uretérectomie totale. (*Ibid.*, p. 375.) — KAIJSER. 1 cas d'implantation des uretères dans la vessie. (*Cent. f. Chir.*, 27 nov.) — DELAGENIÈRE. 1 cas d'uretéro-cystonéostomie ou abouchement immédiat de l'uretère dans la vessie après section au cours d'une laparotomie pour kyste papillaire du ligament large, cathétérisme uretéro-urétral, guérison. (*Arch. méd. Angers*, I, p. 622.) — BURMEISTER. Des ruptures du rein. (*Thèse de Marbourg.*) — ADENOT. Plaie du rein par balle, laparotomie, radiographie, extraction de la balle. (*Lyon méd.*, 5 déc.) — SCUDDER. Néphrectomie pour adénome kystique chez une femme enceinte. (*J. of cut. dis.*, déc.) — SANDER. Rhabdomyome du rein. (*Thèse de Giessen.*) — FRÖHLICH. 2 cas de sarcome rénal. (*Berlin. klin. Woch.*, 11 oct.) — DENNER. Du cancer primitif du rein. (*Thèse de Wurtzbourg.*) — KRŒNLEIN. Carcinome du rein droit. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 15 août.) — BAZY. Cancer du rein enlevé par la voie transpéritonéale. (*Bull. Soc. chir.*, XXIII, p. 691.) — HAUSER. Pathogénie du varicocèle symptomatique des tumeurs malignes du rein. (*Thèse de Paris.*) — LANGLOIS. Sur l'identité physiologique des corps surrénaux chez les batraciens et les mammifères. (*Arch. de phys.*, X, p. 104.) — TEISSIER et FRENKEL. Effets physiologiques des injections sous-cutanées d'extrait rénal. (*Ibid.*, p. 108.) — LANGLOIS. Le mécanisme de destruction du principe actif des capsules surrénales dans l'organisme. (*Ibid.*, p. 124.) — LANGLOIS. La sécrétion interne de la capsule surrénale. (*Presse méd.*, 4 déc.) — HALLOT. L'extrait de capsules surrénales. (*Thèse de Paris.*) — WEINBERG et TURQUET. Cancer des deux capsules surrénales, noyau métastatique du cervelet. (*Soc. anat. Paris*, 29 oct.) — CHAILLOUS. Epithéliomas des capsules surrénales avec noyaux secondaires de la peau. (*Ibid.*, 17 déc.) — CASTAIGNE. Epithélioma des capsules surrénales. (*Ibid.*, 5 nov.)

Respiration. — FICK. Des muscles respiratoires. (*Anat. Anz.*, XIV, p. 178 et *Arch. f. Anat.*, Supp. Band, p. 43.) — BILLINGS, MITCHELL et BERGEY. La composition de l'air expiré, ses effets. (*Hyg. Rundschau*, 1[er] juin.) — JOHANSSON. Influence de la température ambiante sur l'exhalation de CO^2 (*Skandin. Arch. f. Phys.*, VII, p. 123.) — HARRIS. Respiration bronchique et vésiculaire. (*Brit. med. j.*, 13 nov.)

Rétine. — LEYDIG. Sur les bâtonnets de la rétine. (*Arch. f. Anat.*, 5 et 6, p. 335.) — WAGENNANN. Des troubles de la circulation dans les vaisseaux rétiniens. (*Arch. f. Opht.*, XLIV, p. 219.) — GŒRLITZ. De la chorio-rétinite striée. (*Klin. Mon. f. Aug.*, nov.) — DE SPEYR. 2 cas d'hémorragie rétinienne. (*Rev. méd. Suisse romande*, nov.) — BOURGEOIS. Constitution du corps vitré comme point de départ du traitement, du décollement de la rétine. (*Rev. d'opht.*, oct.) — DUCLOS. 1 cas de rupture double circulaire suivant le méridien horizontal de la choroïde avec décollement rétinien. (*Ann. d'ocul.*, déc.) — KNAGGS. Guérison spontanée d'un décollement de la rétine. (*Trans. opht. Soc.*, XVII, p. 38.) — SILCOCK, CLARKE. Observations de décollement de la rétine. (*Ibid.*, p. 45, 47.)

Rhumatisme. Achalme. Recherches bactériologiques sur le rhumatisme articulaire aigu. (*Ann. Inst. Pasteur.*, XI, p. 845.) — Thiroloix. Bactériologie du rhumatisme articulaire aigu. (*Soc. de biol.*, 6 nov.) — Triboulet et Thomas. Examen de la moelle d'une malade morte de pseudo-rhumatisme infectieux chronique. (*Soc. anat. Paris*, 5 nov.) — Regnault. Fréquence des lésions des vertèbres d'origine rhumatismale. (*Ibid.*, 8 et 15 oct.) — Baumler. Du rhumatisme articulaire chronique. (*Berlin. klin. Woch.*, 21 juin.) — Blech. Traitement du rhumatisme chronique par l'air chaud. (*J. Amer. med. Ass.*, 9 oct.) — Ott. Traitement du rhumatisme articulaire chronique. (*Berlin, klin. Woch.*, 28 juin.) — Paschetta. Traitement du rhumatisme aigu par la malékine. (*Thèse de Lyon.*)

Rougeole. — Mendelssohn. La rougeole à l'hôpital Trousseau en 1896. (*Thèse de Paris.*) — Northrup. L'épidémie récente de rougeole, ses rapports avec l'immunisation par le sérum diphtérique. (*Med. News*, 25 déc.) — Folger. De la sepsie dans la rougeole. (*Jahrb. f. Kind.*, XLVI, p. 49.) — Rudolph. Lésion de l'oreille moyenne dans la rougeole, 18 autopsies. (*Arch. of otol.*, XXVI, p. 351.) — Harvey. Méningite complication de la rougeole. (*J. Amer. med. Ass.*, 4 déc.) — Prat. Hémorragie sous-méningée dans la rougeole. (*Soc. anat. Paris*, 12 nov.) — Blaschko. De la rougeole et son traitement. (*Therap. Mon.*, déc.) — Vallat. Du traitement de la rougeole, prophylaxie des complications. (*Thèse de Paris.*)

Rubéole. — Daniel. La rubéole. (*Thèse de Montpellier.*) — Simon. Des arthrites suppurées postrubéoliques. (*Thèse de Montpellier.*) — Péron. Rubéole et rougeole. (*Rev. mens. mal. de l'enf.*, octobre.)

S

Salivaire (App.) — Bocci et Moscucci. La fonction diastasique dans la salive centrifugée. (*Arch. ital. de biol.*, XXVIII, p. 72.) — Gérard. Examen chimique de la salive dans un cas de sialorrée chez un épileptique. (*Soc. de biol.*, 27 nov.) — Walter. Sur la sécrétion de la glande sous-maxillaire. (*Thèse de St-Pétersb.*) — Bucalossi. Abcès de la parotide gauche par streptocoque pyogène et néphrite aiguë concomitante. (*Settim med.*, p. 595, 11 déc.) — Kiesow. Un cas de tuberculose isolée symétrique de la parotide. (*Thèse de Greifswald.*) — Bockhorn. Tuberculose de la parotide. (*Thèse de Berlin* et *Arch. f. klin. Chir.*, LVI, p. 189.) — Pottiez. Des calculs salivaires. (*Bull. Acad. méd. Belgique*, XI, p. 838.) — Lotheissen. Des tumeurs de la glande sous-maxillaire. (*Beit. z. klin. Chir.*, XIX, p. 481.)

Sang. — Masslow. Morphologie et développement des éléments du sang. (*Arch. f. mik. Anat.*, LI, p. 137.) — Bruhn-Faehrœus. De la numération des globules blancs dans le sang. (*Nord. med. Arkiv*, XXIX, 15.) — Muller. Les variations morphologiques des globules sanguins et de la fibrine dans la coagulation vitale extra-vasculaire. (*Cent, f. allg. Path.*, 31 déc.) — Deetjen. Méthode de fixation des états de mouvement des leucocytes et des plaquettes. (*Münch. med. Woch.*, 26 oct.) — T. Lauder Brunton. Coagula-

tion des noyaux des globules rouges. (*Zeit. f. Biologie*, XXXIV, 490.) — Cohnstein et Michallis. La fonction lipolytique du sang. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXIX, p. 76.) — Andeer. Sur l'appareil générateur des leucocytes observés dans le péritoine. (*Acad. des sc.*, 13 déc.) — Lœwy, Richter. Chimie du sang. (*Berlin. klin. Woch.*, 22 nov.) — Kolisch. Quantité de sucre contenue dans le sang normal et dans le sang des diabétiques. (*Wien. klin. Woch.*, 16 déc.) — Geppert. Méthode d'analyse des gaz du sang. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXIX, p. 472.) — Loundberg. Sur la quantité de l'ammoniaque dans le sang et dans les organes avec les divers régimes et après l'opération d'Eck. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Gamgee. Absorption du violet et de l'ultra-violet par l'hémoglobine et ses dérivés. (*Zeit. f. Biol.*, XXXIV, p. 505.) — Lemoal. De l'action anticoagulante de la peptone commerciale dans le sang du chien. (*Thèse de Bordeaux.*) — Popielsky. Le rôle du foie dans les transformations du sang. (*Vratch*, 20 nov.) — Vaquez. Recherches sur l'hématolyse *in vitro*. (*Soc. de biol.*, 20 nov.) — Hirschlaff. Examen bactériologique du sang dans les maladies septiques et la tuberculose pulmonaire. (*Deut. med. Woch.*, 25 nov.) — Dansac. De l'érytrocytose dans ses rapports avec l'insuffisance hématopoiétique. (*Thèse de Paris.*) — Furniss. Le diagnostic par l'examen du sang. (*Med. Record*, 6 nov.) — Robin. La saignée. (*Semaine méd.*, 15 déc.) — Imoukoff. Du lavage du sang et de l'organisme. (*Thèse de Toulouse.*)

Sarcome. — Gravagna. De la sarcomatose cutanée idiopathique. (*Giorn. ital. mal. vener.*, XXXII, p. 764.) — Tandler. De la sarcomatose cutanée. (*Arch. f. Derm.*, XLI, p. 163.) — Trambusti. Sur la structure et la division des cellules sarcomateuses. (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, XXII, p. 88.) — Chapiro. Deux cas de sarcome viscéral remarquables par leur localisation et leur évolution classique. (*Vratch*, 16 oct.) — Gaston. Guérison d'un sarcome par l'électrolyse et la cataphorèse et l'usage interne de la solution de Donovan. (*Trans. amer. surg. Ass.*, XV, p. 177.)

Saturnisme. — Guéroult. Disparition de l'empoisonnement saturnin par la substitution partielle de l'acide métastannique à la potée d'étain dans le polissage du cristal. (*Acad. des sc.*, 6 déc.)

Scarlatine. — Pospischill. Les scarlatines graves. (*Jahrb. f. Kind.*, XLVI, p. 95.) — Le Même. Des récidives et pseudo-récidives de scarlatine. (*Ibid.*, p. 131.) — Pavlinow. De la néphrite chronique scarlatineuse. (*Berlin. klin. Wochens.*, 6 sept.) — Pospischill. Un cas de néphrite scarlatineuse avec hydronéphrose. (*Jahrb. f. Kind.*, XLV, p. 460.) — Ballard. Paralysie suite de scarlatine. (*Medicine*, nov.) — Valay. Du pseudo-rhumatisme scarlatineux. (*Thèse de Montpellier.*)

Sclérodermie. — Machtou. Nature de la sclérodermie. (*Thèse de Paris.*) — Marty. De la sclérodermie, son traitement par KI à haute dose. (*Thèse de Toulouse.*)

Septicémie. — Biss. Diagnostic des affections septiques. (*Thèse de Marbourg.*) Comba. Deux nouveaux cas de septicémie et de sclérodermie des nouveau-nés. (*Settim. med.*, 20 nov.) — Dening. De l'infection septique; de quelques manifestations exceptionnelles de celle-ci. (*Münch. med. Woch.*, 2 nov.)

Serpent. — Phisalix. Antagonisme entre le venin des vespidœ et celui de la vipère, le 1er vaccinant contre le 2e. (*Soc. de biol.*, 4 déc.) — Le même. La cholestérine et les sels biliaires, vaccins chimiques du venin de vipère.

(*Ibid.*, 11 déc.) — Wehrmann. Sur les propriétés toxiques et anti-toxiques du sang et de la bile des anguilles et des vipères. (*Ann. Inst. Pasteur*, XI, p. 810.) — Shepard. L'alcool vis-à-vis du venin des serpents. (*J. amer. med. Ass.*, 13 nov.) — Ferraton. Du traitement des morsures venimeuses. (*Arch. de méd. mil.*, déc.) — Tuten. Traitement de la morsure des serpents. (*J. amer. med. Ass.*, 30 oct.)

Sérothérapie, sérum. — Baylac. Sur la toxicité du sérum sanguin à l'état pathologique. (*Soc. de biol.*, 20 nov.) — Gidon. Venins multiples et toxicité humorale chez les batraciens. (*Thèse de Paris.*) — Dikarew. Sur la signification biologique de la réaction de l'agglutination. (*Thèse de St-Pétersb.*) Van de Velde. De la valeur de l'absorption sous-cutanée chez le lapin des substances antitoxiques et agglutinatives des sérums. (*Arch. de phys.*, X, p. 51.) — Widal et Sicard. Influence de l'organisme sur les propriétés acquises par les humeurs du fait de l'infection, l'agglutination chez quelques animaux à sang froid. (*Soc. de biol.*, 11 déc.) — Mc Clintock. Méthode européenne de production des antitoxines et des vaccins. (*Med. News*, 30 oct.) — Weisbecker. Sur la nouvelle sérothérapie. Réponse à Hunter et Blumenthal. (*Mund. med. Woch.*, 12 oct.) — Sirot. Sérothérapie, diagnostic précoce de la tuberculose. (*Gaz. des hôp.*, 18 nov.) — Mc Callum. Action du sérum de Behring dans les affections sans bacille de Lœfler. (*Brit. med. j.*, 11 déc.) — Cox. L'injection streptococcique et le sérum de Marmorek. (*J. amer. med. Ass.*, 11 sept.) — Roche. Du sérum antistreptococcique. (*Thèse de Montpellier.*) — Courmont. Nouvelles expériences démontrant que le sérum de Marmorek n'immunise pas le lapin contre le streptocoque de l'érysipèle. (*Soc. de biol.*, 11 déc.) — Thomas. Le sérum antistreptococcique. (*J. Amer. med. Ass.*, 18 déc.) — Desse. La sérothérapie antistreptococcique. (*Thèse de Lyon.*) — Washbourn. Le sérum antipneumococcique. (*Brit. med. j.*, 25 déc.) — Minassiantz. Injections de sérum artificiel. (*Thèse de Lausanne.*)

Strabisme. — Gaudenzi. Les erreurs de la projection dans le strabisme et leurs rapports avec la thérapie. (*Rev. gén. d'opht.*, XII, p. 529.) — Graefe. La vision des strabiques. (*Wiesbade.*)

Sueur. — Mavrojanis. Des propriétés toxiques de la sueur. (*Soc. de biol.*, 6 nov.) — Perrin. Des éruptions d'origine sudorale. (*Ann. de dermat.*, VIII, p. 1086.) — Ziegelroth. Valeur prophylactique des sudations périodiques. (*Berlin. klin. Wochens.*, 6 déc.) — Cervellini. Epidémie de miliaire. (*Gaz. d. Osped.*, 11 avril.)

Surdi-mutité. — Uchermann. Examen de l'audition chez les sourds-muets. (*Rev. hebd. de lar.*, 27 nov.) — Love. Quelques aspects modernes de la surdité-mutité. (*J. of laryng.*, nov.)

Syphilis. — Zambacho-Pacha. L'antiquité de la syphilis. (*France méd.*, 24 déc.) — Tarnowsky, Aubry. Lutte contre la syphilis en Russie. (*Ann. d'hyg. publ.*, sept. et oct.) — Hyde. Conditions qui influent sur la marche de syphilis infantile. (*Med. News*, 4 déc.) — Hoschinger. La loi de Colles et le choc en retour dans la syphilis héréditaire. (*Wiener med. Woch.*, 23 nov.) — Groen. Etudes sur la syphilis gommeuse, tertiaire. (*Norsk mag.*, oct.) — Mlle Levin. La syphilis ignorée. (*Thèse de Paris.*) — E. Lesser. La syphilis des innocents. (*Berlin. klin. Wochens.*, 12 juil.) — Fournier. Trois cas de syphilis héréditaire tardive. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 1291.) — Sack. Multiplicité des chancres syphilitiques, 15 aux organes génitaux succé-

dant à des ulcérations de gale. (*Berl. klin. Woch.*, 17 mai.) — BIECK. Chancres extragénitaux. (*Ibid.*, 6 déc.) — VORON. Chancre syphilitique végétant de la lèvre inférieure. (*Lyon méd.*, 28 nov.) — BULTÉ. Des chancres du sein. (*Thèse de Lille.*) — FOURNIER. Chancres syphilitiques de l'avant-bras, tatouage. (*Arch. de derm.*, VIII, p. 1137.) — BARNAY. Syphilis cérébrale; un cas de méningo-encéphalite secondaire à la syphilis. (*Boston med. j.*, 31 déc.) — GIANULI. De la méningite syphilitique cérébro-spinale. (*Riv. sper. di freniat.*, XXIII, p. 840.) — PELTIER. De la méningite spinale syphilitique. (*Thèse de Lyon.*) — V. RAD. Un cas de paralysie juvénile par syphilis héréditaire avec modifications spécifiques des vaisseaux. (*Arch. f. Psych.*, XXX, p. 82.) — DORNBLÜTH. Névroses post-syphilitiques. (*Münch. med. Woch.*, 19 oct.) — BRISSAUD. Le double syndrome de Brown-Séquard dans la syphilis spinale. (*Progrès méd.*, 18 déc.) — BACKHAUS. De la mésartérite syphilitique, ses rapports avec la formation de l'anévrisme aortique. (*Beit. z. path. Anat.*, XXII, p. 417.) — JULER. Les lésions syphilitiques de l'œil. (*Lancet*, 11 déc.) — LEMOND. Amblyopie syphilitique. (*Western med. Gaz.*, déc.) — BLARY. Des gommes syphilitiques des paupières. (*Thèse de Lyon.*) — VAUGHAN. Syphilis du nez, de la gorge et du larynx. (*Med. News*, 20 nov.) — DINKLER. Affections syphilitiques du médiastin et du poumon. (*Münch. med. Woch.*, 7 déc.) — LODER. Syphilis congénitale du foie, du poumon et du rein. (*Thèse de Wurtzbourg.*) — LOHEAC. Manifestation rare de syphilis héréditaire tardive, myosite gommeuse disséquante chez un sujet de 18 ans. (*J. sc. méd. Lille*, 27 déc.) — OULMANN. De la glossite syphilitique. (*Thèse de Wurtzbourg.*) — LESSER. Sclérose syphilitique de la muqueuse génienne et de la langue avec tabes. (*Berlin. klin. Wochens.*, 9 août.) — SPILLMANN et ETIENNE. Syphilides zoniformes. (*Presse méd.*, 15 déc.) — HJELMAN. Du leucoderme syphilitique. (*Derm. Zeit.* IV, 5.) — ETIENNE. Ephélides syphilitiques. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 1140.) — SCARENZIO. Les méthodes récentes de traitement de la syphilis. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXXII, p. 691.) — HOPATH. A quel moment doit-on faire la cure mercurielle de la syphilis. (*Wien. klin. Rundschau*, 8 nov.) — MC NAMARA. Quel est le meilleur traitement de la syphilis? (*Dublin jour.* déc.) — PICCARDI. De la résorption des injections de calomel. (*Arch. f. Derm.*. XLI, p. 177.) — SOFFIANTINI. Traitement de la syphilis par les injections de sels mercuriels solubles et insolubles. (*Monast. f. prakt. Derm.*, p. 487.) — TARNOWSKY. Traitement de la syphilis par le sérum d'animaux mercurialisés. (*Arch. f. Derm.*, XLI, p, 225.) — WERLER. Traitement des ulcères vénériens par l'itrol. (*Derm. Zeit*, IV, 5.) — BOUVEYRON. Syphilis graves traitées par l'iode métallique. (*Province méd.*, 18 déc.) — CHEYNE. Opérations dans quelques cas de syphilis tertiaire. (*Brit. med. j.*, 27 nov.)

T

Teigne. — AUBRY. Des doctrines pathogéniques et de la thérapeutique de la pelade. (*Thèse de Paris.*) — PINI. Granulome tricophytique de Majocchi. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXXII, p. 710.) — LEMASLE. Traitement du sycosis. (*Thèse de Bordeaux.*)

Température. — PENZO. Influence de la température sur le processus inflammatoire. (*Arch. ital. de biol.*, XXVIII, p. 1.) — MYGGE. Des températures sautantes, de la fièvre hépatique intermittente. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXIX, 14.) — BORDIER. Sur la mesure comparative de la conductibilité calorifique des tissus de l'organisme. (*Arch. de phys*,, X, p. 17.) — LEFÈVRE. Influence des réfrigérations sur la topographie et la marche des températures. (*Ibid.*, X, p. 1.) — ATHANASIU et CARVALLO. La polypnée thermique centrale et son mécanisme de production. (*Ibid.*, p. 95.) — STOUDENSKI. La courbe de la production de la chaleur chez le chien. (*Arch. russes de pathol.*, nov.) — LEFÈVRE. De la calorimétrie dans l'air froid par convection chez les animaux. (*Soc. de biol.*, 20 nov.)

Tendon. — BRADFORD. Chirurgie des tendons. (*Trans. Amer. surg. Ass.*, XV, p. 89.) — DELAMARRE. Plaie transversale de la région dorsale du poignet, section des tendons de l'extenseur commun, suture des tendons coupés au tendon de l'extenseur propre de l'indicateur. (*Bull. soc. de chir.*, XXIII, p. 807.) — DOUMENG. Des synovites fongueuses primitives de la gaine des fléchisseurs des 3 doigts au milieu de la main. (*Thèse de Lyon.*) — ROCHET. Les anastomoses tendineuses entre muscles sains et muscles paralysés pour la correction des déviations ou difformités paralytiques. (*Lyon méd.*, 22 août.)

Testicule. — V. BARDELEBEN. Histologie du testicule et spermatogenèse. (*Arch. f. Anat.*, supp. Band, p. 193.) — HAMMAR. Phénomènes de sécrétion dans l'épididyme du chien. (*Ibid.*, p. 1.) — MEVES. Développement des fibres axiales des spermatozoïdes. (*Anat. Anz.*, XIV, p. 168.) — ETIENNE. Du traitement de l'hydrocèle simple par l'aspiration et le lavage au sublimé. (*Bull. soc. de chir.*, XXIII, p. 813.) — DELORE. Opération de l'hydrocèle par l'éversion de la vaginale. (*Lyon méd.*, 28 nov.) — VAN SCHAICK. Traitement de l'hydrocèle par l'insertion de catgut stérilisé dans la tunique vaginale. (*Med. Record*, 30 oct.) — RICHE. Ectopie testiculaire bilatérale. (*Soc. anat. Paris*, 10 déc.) — ALLEN et COTTON. Hernie du testicule. (*J. of cut. dis.*, nov.) — HANNECART. Deux cas d'orchidopexie. (*Ann. soc. belge chir.*, 15 déc.) — CHARSIN. Des opérations économiques sur le testicule tuberculeux. (*Thèse de Lyon.*) — GAERTNER. Tumeur mixte tératoïde du testicule. (*Thèse de Fribourg.*) — PISTIS. Sur la ligature du canal déférent. (*Thèse de Lausanne.*) — FLOOD. Les avantages de la castration. (*J. Amer. med. Ass.*, 23 oct.)

Tétanie. — ESCHERICH. La tétanie dans l'enfance. (*Berlin. klin. Wochens.*, 4 oct.) — BERLIZHEIMER. Tétanie d'origine stomacale. (*Ibid.*, 6 sept.)

Tétanos. — COURMONT, DOYON et PAVIOT. La contracture tétanique n'est pas fonction d'une lésion appréciable des cellules nerveuses médullaires, sur la valeur de la méthode de Nissl. (*Arch. de phys.*, X, p. 154.) — C. HAEGLER-PASSAVANT. Présence du bacille tétanique dans des plaies accidentelles. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 oct.) — GOLDSCHEIDER et FLATAU. Altérations des cellules ganglionnaires des cornes antérieures chez les lapins empoisonnés par le tétanos; rétrocession rapide des lésions par injection de l'antitoxine tétanique. (*Berl. klin. Woch.*, 12 juil.) — COURMONT et DOYON. Nouvel argument en faveur de notre théorie pathogénique du tétanos. (*Soc. de biol.*, 20 nov.) — CAILLAUD. Vrai et faux tétanos, difficultés de diagnostic. (*Méd. mod.*, 18 déc.) — DAHLHAUS. Du tétanos facial. (*Thèse de Kiel.*) — SOLMSEN. Un cas de tétanos céphalique. (*Deut. med. Woch.*, 11 nov.) — LE ROY DES BARRES. Enquête sur 3 cas de tétanos à Aubervilliers. (*Cons.*

salubr. Seine, 1er oct.) — MUELLER. Du tétanos puerpéral. (*Thèse de Greifswald.*) — WILLEMER. Traitement du tétanos. (*Thèse d'Iéna.*) — LUSINI. Sur l'antagonisme d'action de l'antitoxine Tizzoni avec la strychnine. (*Arch. ital. de biol.*, XXVIII, p. 35.) — BOINET. Guérison d'un cas de tétanos traité par 10 injections de sérum antitétanique. (*Gaz. des hôp.*, 18 nov). — SMART. Tétanos traité avec succès par l'antitoxine. (*Lancet*, 20 nov.) — EVANS. Tétanos traité par l'antitoxine. (*Ibid.*, 4 déc.) — SMYTH. Tétanos guéri par l'antitoxine. (*Ibid.*, 18 déc.) — MAC WATT. Tétanos guéri par l'antitoxine. (*Brit. med. j.*, 27 nov.) — NOCARD. Sérothérapie du tétanos. (*Cong. de Moscou*, *Méd. mod.*, 4 sept.) — OWENS et PORTER. Trois cas de tétanos; un traité symptomatiquement, les deux autres par l'antitoxine tétanique; trois décès. (*J. Amer. med. Ass.*, 13 nov.) — FOSTER. Tétanos traumatique guéri par l'antitoxine. (*Ther. Gaz.*, 15 nov.) — RUDIS-JICINSKY. Tétanos, antitoxine, guérison. (*N. York med. j.*, 13 nov.)

Thérapeutique. — LIEBREICH. Buts de la thérapeutique médicamenteuse moderne. (*Berlin. klin. Wochens*, 26 juill.) — PILCZ. Action thérapeutique des divers agents soporifiques. (*Wien. klin. Woch.*, 5.) — MAGENAU. Recherches thérapeutiques sur le phénol sulforiciné. *Münch. med. Woch.*, 14 sept.) — BIER. Action curative de l'hyperémie. (*Ibid.*, p. 875, 10 août.) — WARTHIN. Effets de l'administration de la nucléine sur les leucocytes. (*N. York med. j.*, 4 déc.) — POEHL. Effets physiologiques et thérapeutiques de la spermine. (*Acad. des sc.*, 6 déc.) — THIN. Effets thérapeutiques de la diète lactée. (*Brit. med. j.*, 4 déc.) — Discussion sur les diurétiques. (*Ibid.*, 11 déc.) — WOODHULL. L'apocynum cannabinum diurétique. (*Ibid.*) — MAX RUBNER. Diète lactée chez l'adulte. (*Zeits. f. Biologie*, XXXVI, p. 56.) — HERXHEIMER. Action thérapeutique du carbonate de chaux. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 mai.) — DOUCOFF. L'adonis vernalis dans la médecine interne. (*Thèse de Genève.*) — PETIT. Sur le traumatol et sur ses applications à la thérapeutique médicale et chirurgicale. (*Gaz. méd. Paris*, 23 oct.)

Thorax. — PICH. Anatomie du muscle triangulaire du sternum, des vaisseaux mammaires internes et de l'apophyse ensiforme. (*Giorn. Accad. med. Torino*, LX, p. 694.) — CORNEVIN et LESBRE. Les variations numériques des côtes chez les mammifères domestiques. (*Rev. scient.*, 16 oct.) — ALDERSON. Côtes cervicales. (*Brit. med. j.*, 4 déc.) — MORESTIN. Plaie de poitrine par coup de couteau, hémothorax considérable, plaie de l'artère mammaire, mort. (*Soc. anat. Paris*, 10 déc.) — PEYROT. Abcès froid pulsatile du thorax. (*11e Cong. chir. Paris*, p. 356.)

Thrombose. — BUTTERSACK. Des thromboses capillaires. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXIII, p. 456.) — KOB. Thrombose de la veine fémorale après la pneumonie. (*Deut. med. Woch.*, 30 déc.) — BOHM. Sur un cas de thrombose traumatique de la veine cave inférieure. (*Münch. med. Woch.*, 26 oct.) — MASSKOW. Hypertrophie musculaire suite de thrombose veineuse. (*Thèse de Berlin.*) — GOLDSCHEIDER. Hypertrophie du membre inférieur consécutive à une thrombose veineuse traumatique du pied. (*Berlin. klin. Woch.*, 12 juill.)

Thymus. — V. METTENHEIMER. Le thymus à l'état de santé et de maladie. (*Jahrb. f. Kind.*, XLVI, p. 55.) — RABÉ. Hypertrophie du thymus, enfant de 2 mois, mort, avec accidents dyspnéiques. (*Soc. anat. Paris*, 19 nov.)

Thyroïde. — LYMINGTON. Thyroïde, glandes parathyroïdiennes et thymus chez l'aï. (*Arch. f. Anat.*, supp. Band, p. 235.) — COMTE. Des rapports de l'hypo-

physe humaine et du corps thyroïde. (*Thèse de Lausanne.*) — Mabille. Physiologie de la glande thyroïde. (*Echo méd. Nord*, 12 déc.) — Wells. Physiologie et thérapeutique de la glande thyroïde et de ses congénères. (*J. Amer. med. Ass.*, 30 oct.) — Ver Eecke. Les lésions du foie et des reins chez les animaux éthyroïdés. (*Bull. acad. méd. Belgique*, XI, p. 698.) — Herzen. Irrégularité des effets de la thyroïdectomie chez le chien. (*Rev. méd. Suisse romande*, déc.) — Maier. Etude des échanges nutritifs chez les lapins thyroïdectomisés. (*Thèse de Wurzbourg.*) — Vassale. Tétanie par l'allaitement chez une chienne ayant subi l'ablation partielle des glandes parathyroïdes. (*Riv. sper. di freniat.*, XXIII, p. 915.) — De Chamisso. Goitre de la base de la langue. (*Thèse de Fribourg.*) — Halipré. Congestion thyroïdienne chez un jeune homme. (*Normandie méd.*, 15 déc.) — Wehmer. Etiologie et diagnostic de la thyroïdite suppurée. (*Thèse de Munich.*) — Griffon. Thyroïdite purulente primitive à streptocoques. (*Arch. gén. de méd.*, déc.) — Krönlein. Métastases bénignes du goitre. (*Corresp. Blatt. für schweizer Aerzte,* 15 août.) — Jaeger. Des métastases thyroïdiennes. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XIX, p. 493.) — Reverdin et Buscarlet. Goitre néoplasique suffocant; tentative d'extirpation; continuation des accidents, mort. (*Revue méd. Suisse romande*, déc.) — Duboé. De l'évolution clinique du goitre malin. (*Thèse de Bordeaux.*) — Hobbs et Bégouin. Etude clinique et anatomo-pathologique d'un épithélioma du corps thyroïde. (*J. méd. Bordeaux*, 7 nov.) — Martin. Traitement chirurgical du goitre, 6 cas opérés, 1 guéri par suppuration (*Ther. Gaz.*, 15 déc.) — Ranzy. De l'intoxication thyroïdienne dans les opérations pour goitre. (*Thèse de Lyon.*) — Eulenburg. De la maladie de Basedow. (*Berlin. klin. Wochens.*, 19 juil.) — Devay. Mélancolie et goitre exophtalmique. (*Arch. de neurol.*, déc.) — Grawitz. Goitre exophtalmique avec diabète. (*Forts. d. Med.*, 15 nov.) — Foxwell. Maladie aiguë de Graves, anatomie pathologique. (*Brain*, n° 79, p. 377.) — Walther. Tumeur volumineuse du lobe gauche du corps thyroïde ayant provoqué, chez une malade nerveuse, des accidents basedowiens. Thyroïdectomie partielle, guérison. (*Bull. soc. chir.*, XXIII, p. 660.) — Morat. Le grand sympathique et le corps thyroïde. (*Presse méd.,* 22 déc.) — Cerkez et Juvara. Extirpation double du sympathique cervical pour un cas de forme fruste de maladie de Basedow. (*Ibid.*, 25 déc.) — Bernoud. 2 nouveaux cas de maladie ancienne de Basedow traités avec succès par la section du sympathique cervical. (*Bull. méd.*, 19 déc.) — Jaboulay. La méthode et les procédés de traitement du goitre exophtalmique par la section du sympathique cervical. (*Lyon méd.*, 31 oct.) — Glantenay. Traitement du goitre exophtalmique. (*Arch. gén. de méd.*, nov.) — Lépine. Sur le mode d'action de l'opothérapie thyroïdienne. (*Semaine méd.*, 22 déc.) — A. Weil. La médication thyroïdienne. (*France méd.*, 17 sept.) — Ch. Abadie. De la médication thyroïdienne. (*Ibid.*, 22 oct.)

Torticolis. — Desoil. Des troubles trophiques et des déformations secondaires de la tête et du tronc dans le torticolis chronique, particulièrement le torticolis osseux. (*Echo méd. Nord*, 21 nov.) — Kuhn. Torticolis compliqué. (*Gaz. méd. Paris*, 20 nov.) — Redard. Traitement du torticolis chronique congénital. (*Presse méd.*, 24 nov.)

Trachée. — Herzfeld. Trachéocèle. (*Berlin. klin. Wochens.*, 6 déc.) — Zarniko. Existe-t-il un ozène trachéal ? (*Münch. med. Woch.*, p. 31.) — Gelpke. Trachéotomie pour croup chez un enfant de 6 ans; impossibilité d'enlever la canule pendant 3 ans et 3 mois; ablation d'un éperon saillant dans la trachée au niveau du bord supérieur de la fistule; tubage longtemps

continué pour déviation latérale de la trachée; guérison. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er juin.) — Gelpke. Compression traumatique du thorax; fractures de côtes multiples, pneumo-thorax; rupture de la trachée au niveau de l'échancrure sternale; emphysème cervical; suffocation. Trachéotomie et ablation d'un goitre; suture de la trachée, guérison. (*Ibid.*) — Bargum. Cancer primitif de la trachée et de la bronche droite. (*Thèse de Kiel.*)

Transfusion. — Bosc. La saignée transfusion. (*Presse méd.*, 6 fév.) — Battistini et Scofone. Recherches expérimentales sur les effets de la transfusion dans l'anémie par hémolyse. (*Arch. ital. de biol.*, XXVIII, p 38.)

Traumatisme. — Wetherill. Effet des altitudes élevées sur le choc chirurgical. (*Ann. of surg.*, avril.) — Bloch. Expériences relatives à l'action que les traumatismes produisent sur la circulation et sur la sensibilité de la peau. (*Soc. de biol.*, 27 nov.) — Lejars. Les limites de la conservation dans les grands traumatismes des membres. (*Bull. méd.*, 17 nov.)

Tremblement. — Ughetti. Le tremblement essentiel héréditaire. (*Confér. clin. ital.*, I, 8.) — Adamkiewicz. Sur le tremblement. (*Wiener med. Woch.*, 6 nov.)

Tuberculose. — Marpmann. Morphologie et biologie du bacille tuberculeux. (*Cent. f. Bakt.*, XXII, p. 582.) — Courmont. Sur une nouvelle tuberculose strepto-bacillaire d'origine humaine. (*Soc. de biol.*, 13 nov.) — Auché Pouvoir chimiotaxique du bacille de la tuberculose aviaire chez la grenouille. (*J. méd. Bordeaux*, 21 nov.) — Auché et Hobbs. Recherches sur la tuberculose expérimentale des vertébrés à sang froid. (*Ibid.*, 31 oct.) — Auclair. Sur la virulence des bacilles tuberculeux humains provenant de sources cliniques diverses. (*Arch. de méd. exp.*, IX, p. 1124.) — Bobes et Levaditi. Sur la forme actinomycosique du bacille de la tuberculose humaine. (*Ibid.*, p. 1041.) — Bragard. Diagnostic différentiel anatomo-pathologique des granulomes tuberculeux et syphilitiques. (*Thèse de Wurzbourg.*) — Youriew. Changements de structure du tubercule sous l'influence du cinnamylate de soude. (*Thèse de St-Pétersb.*) — Ledoux-Lebard. De l'action du sérum pseudo-tuberculeux sur le bacille de la pseudo-tuberculose. (*Ann. Inst. Pasteur*, XI, p. 909.) — Holmes. Etude du sang dans la tuberculose. (*J. Amer. med. Ass.*, 23 oct.) — Le Count. Nécrose insulaire et en foyer par le bacille tuberculeux. (*J. of exp. med.*, II, p. 657.) — Schabad. Des infections mixtes dans la tuberculose. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXXIII, p. 476.) — Hueppe. Sur l'état actuel de la question de la tuberculose. (*Wiener med. Woch.*, 4 déc.) — Llorente. Conférences sur la tuberculose pulmonaire. (*Broch. Madrid.*) — Weaver. Etiologie et traitement de la tuberculose. (*J. Amer. med. Ass.*, 13 nov.) — Burr. La diathèse tuberculeuse. (*Boston med. J.*, 25 nov.) — Squire. Hérédité dans la tuberculose. (*Amer. j. of med. sc.*, nov.) — Ribbert. Développement de la tuberculose miliaire. (*Deut. med. Woch.*, 30 déc.) — Weigert. Sur le développement de la tuberculose miliaire. (*Ibid.*, 25 nov.) — Koehler. Rapports entre les traumatismes et la tuberculose. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, juil.) — Papillon. Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire chez les chlorotiques. (*Thèse de Paris.*) — Bonifas. Diagnostic différentiel de la tuberculose pulmonaire et du mal de Bright. (*Normandie méd.*, 15 déc.) — Sirot. Recherches sérothérapiques appliquées au diagnostic précoce de la tuberculose. (*Bourgogne méd.*, oct.) — Straaten. Des formes pneumoniques ou pseudolobaires de la tuberculose aiguë. (*Thèse d'Erlangen.*) — Hoke. Un

cas de tuberculose aiguë infiltrée des poumons ayant évolué sous l'aspect de la pneumonie lobaire. (*Prager. med. Woch.*, 18 nov.) — Lee. L'attitude actuelle des comités d'hygiène publique vis-à-vis de la tuberculose pulmonaire. (*J. Amer. med. Ass.*, 30 oct.) — Knopf. L'état présent des moyens préventifs contre la dissémination de la tuberculose dans les états de l'Union. (*Ibid.*) — Faugères Bishop. La nécessité d'un critérium fixe dans l'étude de la thérapeutique de la tuberculose. (*Ibid.*, 20 nov.) — Davis. Sur la prophylaxie des maladies en général et de la tuberculose en particulier. (*Ibid.*, 23 oct.) — Trudeau. De l'immunité artificielle dans la tuberculose. (*Brit. med. j.*, 25 déc.) — Larsen. Projet de loi sur les dispositions à prendre contre la propagation de la tuberculose. (*Norsk mag.*, déc., p. 1321) — Thoinot. La lutte contre la tuberculose. Organisation dans les hôpitaux d'un service pratique de désinfection des crachats. (*Ann. d'hyg.*, déc.) — Liebe, Meissen et Blumenfeld. La lutte contre la tuberculose. (*Therap. Monatsh.*, nov.) — Knopf. L'urgence de sanatoria pour les phtisiques pauvres des grandes villes. (*J. Amer. med. Ass.*, 27 nov.) — Mielvaque. Les stations thermales et climatériques de tuberculeux. (*Thèse de Bordeaux.*) — Liebe. Etat de la question des sanatoria pour tuberculeux pauvres en Allemagne. (*Hyg. Rundsch.*, 1er nov.) — Dumarest. L'hospitalisation des tuberculeux à l'étranger. (In-4° 71 p., Lyon.) — Merklen. La tuberculose et son traitement hygiénique. (In-32, Paris.) — Campbell. L'importance du repos dans le traitement de la phtisie aiguë. (*Brit. med. j.*, 13 nov.) — Walters. Traitement climatérique de la tuberculose. (*Lancet*, 20 nov.) — Leroux. La cure marine de la tuberculose pulmonaire. (*Méd. mod.*, 27 nov.) — Grancher. Traitement de la tuberculose, alimentation. (*Bull. méd.*, 8 déc.) — Lemoine. Traitement de la fièvre tuberculeuse à la période de ramollissement. (*Nord méd.*, 15 nov.) — Goldmann. Le traitement des tuberculeux par la gaïacétine et l'eucasine. (*Vien. med. Woch.*, 11 déc.) — Branthonne. De l'ichthyol dans la tuberculose pulmonaire. (*France méd.*, 12 nov.) — Lebrun. De l'ichthyol dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. (*Arch. méd. belges*, déc.) — Sabrazés. Action du tannin sur le bacille tuberculeux. (*Soc. de biol.*, 18 déc.) — Siniaver. De la valeur des sérums antituberculeux. (*Thèse de Lausanne.*) — Johnson. 2 cas de phtisie traités par le sérum. (*N. York med. j.*, 18 déc.) — Mendez. Sur la nouvelle tuberculine de Koch. (*Rev. de soc. med. argentina*, VI, n° 27.) — Sievers et Rosqvist. Du traitement de la tuberculose pulmonaire avec la nouvelle tuberculine de Koch. (*Finska läkar. handlingar*, XXXIX.) — Fisch. Les propriétés antitoxiques et bactéricides du sérum de chevaux traités par la nouvelle tuberculine de Koch. (*J. Amer med. Ass.*, 30 oct.) — Whittacker. Impressions générales de 6 années d'expériences avec l'ancienne tuberculine de Koch. (*Ibid.*, 6 nov.) — Hinsdale. Sur le traitement de la tuberculose par le sérum antituberculeux. (*Boston med. j.*, 21 oct.) — Cutler. Deux cas de tuberculose au début traités par les injections sous-cutanées de tuberculine de Koch. (*Ibid.*, 2 déc.) — Peters. Sur le traitement par la tuberculine R. (*Münch. med. Woch.*, 9 nov.) — Stempel. Etudes sur la nouvelle tuberculine. (*Ibid.*, 30 nov.) — Spiegel. Expériences avec la tuberculine R. (*Ibid.*, 21 déc.) — Spengler. Effets de la nouvelle tuberculine de Koch. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er août.) — Tavel. Sur la tuberculine. (*Ibid.*, 15 août.) — Von Ziemssen, Von Leyden, Senator, Kernig, Gerhardt, Jawein. Mauvais effets thérapeutiques de la nouvelle tuberculine. (*Berlin. klin. Wochens.*, 6 sept.) — Bosquier. La nouvelle tuberculine R. et son emploi dans la tuberculose pulmonaire. (*Thèse de Paris.*) — Sack. De la tuberculose verruqueuse. (*Mon. f. prakt. Dermat.*, XXV, p. 481.) — Maille. Du tubercule sous-cutané douloureux. (*Thèse de Bordeaux.*) — Johnston. Les tuberculoses cutanées de l'enfance. (*Amer. j. of med. sc.*, nov.) — Gastou.

Tuberculose ulcéreuse chancriforme de la verge. (*Presse méd.*, 25 déc.) — Ménard. Tuberculose juxta-coxale. (*11e Cong. chir. Paris*, p. 743.) — Gisler. Traitement des tuberculoses ganglionnaire et osseuse par le savon noir. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 oct.) — Bauby. Traitement des tuberculoses chirurgicales par l'eau bouillante. (*11e Cong. chir., Paris*, p. 775.) — Coudray. De la méthode sclérogène dans la tuberculose chirurgicale. *(Ibid.*, p. 739.) — Rey. Traitement des tuberculoses chirurgicales par les injections iodoformées de Girard, de Berne. (*Rev. méd. Suisse romande*, juin, p. 459.)

Tumeurs. — Friend. Etiologie et classification des tumeurs. (*J. Amer. med. Ass.*, 6 nov.) — Behr. Présence de glycogène dans les tumeurs. (*Thèse de Gœttingue.*)

Typhoïde. — Leclerc. La fièvre typhoïde à Rennes, 1875-96. (*Thèse de Paris.*) — Vauquelin. Sur une épidémie circonscrite de fièvre typhoïde à Tilly-sur-Seulles. (*Ibid.*) — Neisser. De la fièvre typhoïde à Stettin. (*Berl. klin. Woch.*, 29 nov.) — Davies. Le développement de la fièvre typhoïde à Clifton. (*Lancet*, 4 déc.) — Louis Guinon. Trois cas de contagion hospitalisée de la fièvre typhoïde. (*Soc. méd. des hôp.*, 10 déc.) — Troisier. Sur la contagion hospitalière de la fièvre typhoïde. (*Ibid.*, 17 déc.) — Ramasoni. Sur une cause probable de fièvre typhoïde à Bastia (mollusques et coquillages) (*Rev. d'hyg.*, juill.) — Hiss. Méthode pour isoler et identifier le bacille typhique. (*J. of exp. med.*, II, p. 677.) — Jemma. Constatation du bacille d'Eberth dans les selles des typhiques. (*Münch med. Woch.,* p. 911, 17 août.) — Richardson. L'examen bactériologique des fèces dans la typhoïde; sa valeur diagnostique. (*Boston med. j.*, 28 oct.) — Remlinger. Fièvre typhoïde expérimentale par contamination alimentaire. (*Ann. Inst. Pasteur*, XI, p. 829.) — Lépine et Lyonnet. Congestion énorme de l'intestin chez un chien ayant succombé à une injection intra-veineuse de toxine typhique. (*Lyon méd.*, 7 nov.) — Lépine et Lyonnet. Infection typhique expérimentale d'une anse intestinale isolée chez un chien. (*Ibid.*, 14 nov.) — Lépine et Lyonnet. Sur quelques effets de la toxine typhique chez le chien. (*Ibid.*, 21 nov. et *Rev. de méd.*, nov.) — Lépine et Lyonnet. Infection typhique expérimentale produite par l'introduction de culture virulente dans une anse de Thiry. (*Acad. des sc.*, 29 nov.) — Landouzy et Griffon. Transmission, par l'allaitement, du pouvoir agglutinant typhique de la mère à l'enfant. (*Soc. de biol.*, 6 nov.) — Castaigne. Transmission de la substance agglutinante du bacille d'Eberth par l'allaitement. (*Méd. mod.*, 13 nov., et *Soc. de biol.*, 20 nov.) — Koelner. Modifications du sang dans la fièvre typhoïde. (*Thèse de Leipsig.*) — Richardson. La méthode d'Elsner et les autres procédés de diagnostic de la typhoïde. *(Brit. med. j.*, 25 déc.) — Dineur. Le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde envisagé au point de vue de sa valeur séméiologique. (*Bull. acad. méd. Belgique,* XI, p. 705.) — Volykine. Sur la fièvre typhoïde abortive et sur ses rapports avec la réaction de Widal. (*Vratch*, 25 déc.) — Nachod. De la méthode de séro-diagnostic de Widal et de la fièvre typhoïde chez les enfants. (*Prager med. Woch.*, 14 oct.) — Arnaud et Dussaud. Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. (*Marseille méd.*, 15 sept.) — Schaefer. Le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. (*Gaz. des hôp.*, 20 nov.) — Arnaud et Eymeri. Utilisation du séro-diagnostic de Widal au moyen du sang desséché sur papier. (*Limousin méd.*, nov.) — Thompson. Valeur de la réaction de Widal. (*Med. News* 30 oct.) — Sklower. Le séro-diagnostic de la typhoïde. (*Thèse de Leipsig.*) — Alidières. Le séro-diagnostic dans la fièvre typhoïde. (*Thèse de Montpellier.*) — Levy et Gissler. Séro-diagnostic typhique. (*Münch. med. Woch.*,

14 déc.) — Wilson, Wesbrook et Musser. Le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. (*Brit. med. j.*, 18 déc.) — Thompson. Valeur du signe de Widal. (*Ibid.*) — Block. Technique du séro-diagnostic. (*Ibid.*) — Park. Différenciation du colibacille et du bacille typhique. (*Ibid.*) — Gruenbaum. Du séro-diagnostic. (*Ibid.*, 25 déc.) — Mitchell. Le séro-diagnostic de Widal. (*Western med. Gaz.*, déc.) — Rothwel. Le traitement antiseptique de la fièvre typhoïde. (*Ibid.*) —Whitney. Le traitement de Woodridge. — Axtell. Le traitement de Brand. (*Ibid.*) — Fairbairn. Comparaison entre la typhoïde des enfants, des adolescents et des adultes. (*J. Amer. med. Ass.*, 4 déc.) — Ringrose. Analyse de 80 cas de fièvre typhoïde. (*Lancet*, 4 déc.) — Silvestrini. Typhoïdes et pseudo-typhoïdes. (*Settim. med.*, 6 nov.) — Hodenpyl. Fièvre typhoïde sans les lésions caractéristiques de l'intestin. (*Brit. med. j.*, 25 déc.) — Stadthagen. Des paralysies précoces dans la typhoïde. (*Thèse de Breslau.*) — Taty. Forme mélancolique de la fièvre typhoïde, emploi de la réaction agglutinante de Widal comme moyen de diagnostic. (*Lyon méd.*, 7 nov.) — Moracchini. De la phlegmatia alba dans la fièvre typhoïde. (*Thèse de Montpellier.*) — Allen. Gangrène de la jambe, consécutive à une typhoïde ; amputation, guérison. (*Med. Record*, 25 déc.) — Albesheim. La perforation intestinale dans la fièvre typhoïde. (*Thèse de Leipsig.*) — Hervé. Un cas de dothiénentérie avec hémorragie intestinale grave. (*Journ. méd. Bordeaux*, 26 déc.) — Martin. Sur les méthodes de prophylaxie et de thérapeutique de la typhoïde fondées sur la microbiologie. (*Thèse de Montpellier.*) — Thomson. Traitement de la typhoïde à Roosevelt-Hospital. (*Med. News*, 18 déc.) — Paget. Valeur de l'huile d'olive dans le traitement de la fièvre typhoïde. (*Lancet*, 27 nov.) — Challan de Belval. L'irrigation abdominale médiate dans la fièvre typhoïde. (*Marseille méd.*, 15 nov. — Brandeis. Traitement de la fièvre typhoïde par la pyramidone. (*Prager med. Woch.*, 4 nov.) — Trémoulet. Des injections intraveineuses de sérum artificiel dans la fièvre typhoïde. (*Thèse de Montpellier.*)

Typhus. — Reincke. Le typhus à Helgoland en 1895. (*Zeit. f. Hyg.*, XXIV, 3.) — Likhatcheff. L'épidémie de typhus récurrent à Saint-Pétersbourg en 1895 et 1896. (*Thèse de St-Pétersb.*) — Orlow. Morbidité et mortalité du typhus à Saint-Pétersbourg de 1887 à 1897. (*Thèse de St-Pétersb.*)

U

Ulcère. — Stummer. Mal perforant du pied par embolie de l'artère poplitée. (*Thèse d'Erlangen.*) — Jonas. Du mal perforant du pied. (*Thèse de Marbourg.*) — V. Langsdorff. Traitement des ulcères chroniques de jambe. (*Cent. f. Chir.*, 20 nov.) — Nicolle et Noury-Bey. Recherches sur le bouton d'Alep. (*Ann. Inst. Pasteur*, XI, p. 777.) — Crendiropoulo. Sur un bacille pathogène pour l'ulcère de l'Yemen. (*Ibid.*, p. 789.)

Urée, émie. — Jahnel. L'élimination de l'urée par la peau. (*Wien. med. Presse*, 14 nov.) — Salazkine. Rôle du foie dans la production de l'urée chez les mammifères. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Glaeser. Hémiplégie urémique. (*Deut. med. Woch.*, 16 déc.) — Barillon. De l'urémie digestive.

(*Thèse de Paris.*) — Laache. Saignées dans l'urémie. (*Berlin. klin. Woch.*, 6 sept.)

Urètre. — Aubry. Sur une poche urétrale à paroi dermoïde. (*Arch. prov. de chir.*, VI, p. 674.) — Branch. De l'atrésie de l'urètre fœtal. (*Thèse de Giessen.*) — Nové-Josserand. Restauration urétrale par greffe dermo-épidermique dans l'hypospadias. (*Lyon méd.*, 19 déc.) — Frœlich. 2 cas de restauration de l'urètre chez la femme, procédé nouveau. (*Presse méd.*, 6 nov.) — Guiard. Les urétrites chroniques chez l'homme. (In-8°. *Paris.*) — Reynolds. Quelques cas de polypes de l'urètre. (*Boston med. J.*, 28 oct.) — Vladicas. Rupture de l'urètre bulbaire dans une chute à califourchon, urétrotomie externe. (*Annal. mal. org. gén. urin.*, nov.) — A. Hottinger. Du cancer primitif de l'urètre. 2 cas. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er sept.)

Urinaires (Voies). — Moullin. La fièvre urinaire. (*Lancet*, 18 sept.) — Lavaux. Un cas intéressant de fièvre urineuse. (*11e Cong. chir. Paris*, p. 386.) — Kelly. Origine et diagnostic de la pyurie. (*Med. News*, 11 déc.) — Oltersdorff. Pathogénie de la lithiase urique. (*Thèse de Munich.*) — Kraus. La pollakiurie urique. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, déc.) — Moncorvo. Traitement de la chylurie par l'ichtyol. (*Soc. de thérap.*, 24 nov.) — Lavaux. Calculs et tuberculose urinaires. (*11e Congr. chir. Paris*, p. 388.)

Urine. — Neumeister. Urine de l'échidné. (*Zeit. f. Biol.*, XXXVI, p. 77.) — Stokvis. Signification du biuret pour l'urine. (*Ibid.*, XXXIV, p. 466.) — Carles. Indican et leucomaïnes de l'urine. (*J. méd. Bordeaux*, 21 nov.) — Herter. Rapports entre l'activité bactérienne de l'intestin et l'indican dans l'urine. (*Brit. med. j.*, 25 déc.) — Umikoff. La diazoréaction de l'urine chez les nouveau-nés. (*Jahrb. f. Kind.*, XLVI, p. 20.) — Pflueger. Analyse quantitative du sucre. (*Arch. f. ges. Phys.*, LXIX, p. 399.) — Rosin. Valeur sémiologique de quelques albuminoïdes spéciaux de l'urine. (*Berlin. klin. Woch.*, 29 nov.) — Jacobi et Kydd. Expériences sur la toxicité urinaire. (*Med. Record*, 6 nov.) — Saillet. Nouveau pigment urinaire, l'uroséïne. (*Rev. méd. Suisse romande*, oct.) — Cloetta. Sur la valeur diagnostique de la globuline dans les urines albumineuses. (*Arch. gén. de méd.*, nov.) — Bondzynski et R. Gottlieb. L'acide oxyprotéique, constituant nouveau de l'urine normale. (*Centralbl. f. med. Wiss.*, p. 577.) — G. Töpfer. Sur l'acide oxyprotéïque de l'urine. (*Ibid.*, p. 705.) — De Jager. Nouvelle méthode pour le titrage des acides libres en présence des phosphates. (*Ibid.*, p. 593.) — Kramm. Un nouveau dérivé de la créatinine. (*Ibid.*, 6 nov.) — Yvon. Sur l'élimination du soufre et de la magnésie. (*Soc. de biol.*, 4 déc.) — Nichols. La précipitation des phosphates terreux de l'urine par la chaleur. (*Med. Record*, 30 oct.)

Urticaire. — Thilliez. Manifestations oculaires de l'urticaire. (*J. sc. méd. Lille*, 15 nov.) — Wolff. Note thérapeutique sur l'urticaire. (*J. Amer. med. Ass.*, 18 déc.)

Utérus. — Bernhard. Utérus double séparé avec vagin double. (*Cent. f. Gyn.*, 18 déc.) — Hensen. Influence de la morphine et de l'éther sur la contractilité utérine. (*Arch. f. Gyn.*, LV, p. 129.) — Braunstein. Influence des stigmates de maïs sur les contractions de l'utérus. (*Arch. russes de pathol.*, sept.) — Opitz. Recherches bactériologiques. (*Cent. f. Gyn.*, 31 déc.) — Chirat. De l'évacuation de l'utérus par le curetage digital. *Thèse de Lyon.*) — Siredey. La neurasthénie utérine. (*Journ. de méd.*

et de chir. prat., 25 nov.) — SIMONS. De la thérapie mécanique intra-utérine. (*Deut. med. Woch.*, 23 déc.) — REYNIER. Le traitement des métrites. (*J. de méd. Paris*, 28 nov.) — NITOT. Traitement abortif de l'endométrite par les vapeurs de brome. (*Ibid.*) — VERCHÈRE. De certaines indications thérapeutiques dans le traitement des métrites. (*Ibid.*, 12 déc.) — JOUIN. Traitement des métrites, et particulièrement de l'endométrite cervicale blennorragique par les applications locales d'essence de Wintergreen. (*Bull. méd.*, 21 nov.) — AUREGAN. De l'hydrorrée déciduale. (*Thèse de Paris.*) — AHLFELD. De la dilatation des trompes par des sondes. (*Cent. f. Gyn.*, 27 nov.) — JEANNE. Atrophie de la portion vaginale du col utérin, oblitération complète de la cavité cervicale. (*Soc. anat. Paris*, 31 juill.) — MAINZER. 200 opérations vaginales radicales pour inflammations et suppuration des annexes. (*Arch. f. Gyn.*, LIV, p. 421.) — WALLECASTILLO. De la colpo-cœliotomie dans l'extirpation des lésions utéro-annexielles. (*Thèse de Paris.*) — DÉCOT. Résultats éloignés de l'ablation directe des annexes par la voie vaginale. (*Thèse de Lyon.*) — CHELOOUNROW. Sur l'ablation des annexes de l'utérus par la voie vaginale. (*Thèse de St-Pétersb.*) — REINECKE. Modifications de l'utérus et de ses annexes sous l'influence d'irritations mécaniques, leur valeur diagnostique et thérapeutique. (*Münch. med. Woch.*, 28 déc.) — JACOBS. De l'ablation utéro-annexielle par la voie abdominale. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 déc.) — DELAGÉNIÈRE. De l'hystérectomie abdominale totale comme temps préliminaire de l'extirpation des kystes papillaires interligamenteux. (*11e Congr. chir. Paris*, p. 900.) — MONPROFIT. Castration abdominale totale pour salpingites suppurées. (*Ibid.*, p. 923.) — BRÖSE. Hystérectomie pour abcès du ligament large devenu fistuleux. (*Berlin. klin. Woch.*, 12 juill.) — COURANT. De la perforation utérine par les instruments. (*Cent. f. Gyn.*, 4 déc.) — ANGELESCO. Hystérectomie abdominale totale. (*Thèse de Paris.*) — CABOCHE. Hystérectomie abdominale totale, procédé Doyen. (*Thèse de Paris.*) — BARBOUR. 6 cas d'hystérectomie vaginale, procédé de Doyen. (*Scottish. med. j.*, nov.) — JONNESCO. De l'hystérectomie abdominale et vaginale. (*11e Congr. chir. Paris*, p. 870.) — TERRIER. De l'hystérectomie abdominale totale. (*Ibid.*, p. 786.) — TERRIER. De l'hystérectomie abdominale totale et partielle supravaginale. (*Rev. de chir.*, nov.) — HOMANS. Les indications et la technique de l'hystérectomie. (*Trans. Amer. surg. Ass.*, XV, p. 27.) — SCHUCHARDT. Fistules vésico-vaginale et recto-vaginale consécutives à une hystérectomie. (*Berlin. klin. Woch.*, 20 déc.) — COLA. Des complications urinaires de l'hystérectomie vaginale. (*Thèse de Bordeaux.*) — BALDWIN. La technique de l'hystérectomie abdominale. (*J. Amer. med. Ass.*, 11 déc.) — BIRSTEIN. 16 cas d'hystérectomie vaginale. (*Vratch*, 30 oct.) — THEDINGA. Symptomatologie de la rétroflexion utérine. (*Thèse de Berlin.*) — ALVER DE LIMO. De la fréquence des lésions annexielles dans les rétrodéviations de l'utérus. (*Thèse de Paris.*) — MARTIN. Critique de travaux relatifs au déplacement de l'utérus. (*J. Amer. med. Ass.*, 4 déc.) — SAVIDGE. Rétrodéviation de l'utérus. (*N.-York med. j.*, 25 déc.) — JONNESCO. Traitement des rétrodéviations. (*Ann. de gyn.*, nov.) — RUEHL. Technique du traitement des rétroflexions utérines. (*Samml. klin. Vortraege*, n° 185.) — LINDNER. Traitement de la rétroflexion utérine; de la vaginofixation. (*Thèse d'Iéna.*) — PERNICE. Modification de l'opération d'Alexander-Adam. (*Cent. f. Gyn.*, 25 déc.) — REYNIER. De l'élytrotomie postérieure dans le traitement du prolapsus utérin. (*11e Congr. chir. Paris*, p. 891.) — KAAN. Ventrofixation; 2 opérations dans un même cas. (*Boston med. J.*, 14 oct.) — CROSSEN. Hystérectomie vaginale pour prolapsus. (*Western. med. Gaz.*, nov.) — HOHL. 60 cas de vaginofixation de l'utérus. (*Arch. f. Gyn.*, LIV, p. 615.) — HILDEBRANDT. De la ventrofixation de l'utérus. (*Deut. med.*

Woch., 9 déc.) — SCHOEMAKER. Remarques sur la relation entre la descente de l'utérus pelvien et le prolapsus génital. (*J. Amer. med. Ass.*, 25 déc.) — ALEXIEREW. Lésions du museau de tanche dans le prolapsus utérin. (*Thèse de St-Pétersb.*) — JOUVENCEAU. Pathogénie de l'allongement hypertrophique sous-vaginal du col de l'utérus. (*Thèse de Bordeaux.*) — WITTHAUER. De la valeur des méthodes de fixation dans le prolapsus utérin. (*Münch. med. Woch.*, p. 913, 17 août.) — KREITMAIR. Inversion utérine puerpérale. (*Ibid.*, p. 937, 24 août.) — SCHAEFFER. Sur une amputation de Porro de l'utérus, faite avec succès dans une chambre de village après déchirure complète de la matrice et passage de l'enfant dans le péritoine. (*Ibid.*, 5 oct.) — GESSNER. Rupture de l'utérus. (*Berlin. klin. Woch.*, 26 juill.) — KOTTMANN. Etude de 416 cas de fibromyomes. (*Arch. f. Gyn.*, LIX, p. 583.) — KOSSMANN. Myome kystique de l'utérus. (*Berl. klin. Woch.*, 26 juill.) — SEBENS. Duplicité de l'utérus et partielle du vagin avec fibromes utérins et kyste papillomateux de l'ovaire. (*Ibid.*, 26 juill.) — FRIEDEMANN. Laparatomie vaginale pour fibromes volumineux de l'utérus avec morcellement de la tumeur. (*Ibid.*, 7 juin.) — REVERDIN. Hystérectomie abdominale pour fibromes multiples. (*Rev. méd. Suisse romande*, juill., p. 550.) — TOURNAY. De l'hystérectomie abdominale pour fibromes. (*11e Congr. chir. Paris*, p. 850.) — LE BEC. De l'hystérectomie totale pour gros fibromes (*Ibid.*, p. 863.) — CAUCHOIS. Hystérectomie abdominale totale pour gros fibrome. (*Normandie méd.*, 1er nov.) — PILLIET et GOSSET. Fibromyome du ligament rond. (*Soc. anat. Paris*, 5 nov.) — MESLAY et HYENNE. Sur un fibrome utérin présentant de la dégénérescence et de l'infiltration œdémateuse. (*Ibid.*, 19 nov.) — BUMM. Opération des fibromes utérins (2 morts sur 25 opérations). (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 1er juin.) — CLARKE. Traitement chirurgical des fibromyomes de l'utérus. (*Ann. de gyn.*, nov.) — BOURGEOIS. De la coexistence des tumeurs fibreuses et du cancer de l'utérus. (*Thèse de Lyon.*) — HAGGARD. Nécessité du diagnostic précoce du cancer utérin. (*Amer. j. of obst.*, déc.) — ECKARDT. Des productions épithéliales très malignes de l'utérus. (*Arch. f. Gyn.*, LV, p. 1.) — BERRY. Notes sur le cancer utérin. (*Lancet*, 20 nov.) — MUELLEM. Un cas de volumineux sarcome intrapariétal de l'utérus. (*Thèse de Greifswald.*) — THARN. Etudes statistiques et cliniques sur le cancer utérin. (*Münch. med. Woch.*, 9 nov.) — THORN. Du cancer utérin. (*Berl. klin. Woch.*, 4 oct.) — IVANOFF. Adéno-fibromyome kystique compliqué d'un sarcome et d'un carcinome. (*Vratch*, 4 déc.) — FRAIKIN. Epithélioma de l'utérus; hystérectomie. (*J. méd. Bordeaux*, 5 déc.) — GEBHARD. Du syncytiome malin. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXVII, p. 480.) — RIES. Des procédés d'opération du cancer de l'utérus. (*Ibid.*, XXXVII, p. 518.) — GOUBAREFF. La valeur comparée des diverses méthodes opératoires dans le traitement du cancer de l'utérus envisagées comme moyen de prévenir les récidives. (*Ann. de gyn.*, nov.) — FAURE. Traitement des névralgies incurables du cancer de l'utérus par la résection des racines postérieures des nerfs de la queue de cheval. (*Gaz. hebd. Paris*, 5 déc.) — MONPROFIT. Hystérectomie abdominale totale pour tumeurs de l'utérus. (*11e Congr. chir. Paris*, p. 882.) — PÉAN. Traitement opératoire des tumeurs multiples de l'utérus. (*Ibid.*, p. 795.) — RECKMANN. De l'extirpation vaginale totale de l'utérus cancéreux dans la grossesse. (*Cent. f. Gyn.*, 27 nov.) — ROUTTART. Choix de l'intervention dans le traitement du cancer utérin. (*J. méd. Bruxelles*, 2 déc.) — BOKELMANN. Hystérectomie vaginale pour adénome malin chez une fille de 54 ans; énucléation sous-péritonéale de l'utérus par décollement spontané de son péritoine. (*Berlin. klin. Woch.*, 23 août.) — HALL. La destinée de l'hystérectomie vaginale pour les maladies malignes. (*J. Amer. med. Ass.*, 4 déc.)

V

Vaccine. — Loir. La vaccination obligatoire dans les pays musulmans. (*Rev. scientif.*, 18 sept.) — Stumpf. Résultats de la vaccination dans le royaume de Bavière en 1896. (*Munch. med. Woch.*, 28 déc.) — Gerhardt et von Leyden. Avis du Comité prussien pour les questions médicales touchant l'influence de la vaccine sur le développement de la tuberculose. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, juill.) — M. Freyer. L'état actuel de la question du vaccin varioleux. (*Zeitschr. f. Hyg.*, XXIII.) — Centanni. Les stomoosines nouveaux produits immunisants. (*Arch. ital. de biol.*, XXVIII, p. 220.) — Sawtchenko. Etude de l'immunité. (*Ann. Inst. Pasteur*, XI, p. 865.)

Vagin. — Hugon. Involution sénile de la vulve et du vagin. (*Thèse de Lausanne.*) — Emmert. Tumeurs fibreuses du vagin. (*J. amer. med. Ass.*, 4 déc.) — Delévieleuse. 4 cas de cancer primitif du vagin. (*Thèse de Strasbourg.*) — Doyen. De la colpotomie. (*Ann. de gyn.*, nov.)

Vaisseau. — Spallitta et Consiglio. L'action de quelques substances sur les vaisseaux paralytiques. (*Arch. ital. de biol.*, XXVIII, p. 262.) — Ziegler. Des plaies par instruments piquants des gros vaisseaux des membres. (*Berlin. klin. Wochens.,* 16 août.)

Varicelle. — Lenhartz. De la varicelle chez les adultes. (*Berlin. klin. Wochens.*, 19 avril.)

Veine. — Hochstetter. Anatomie du système veineux des édentés. (*Morphol. Jahrb.*, XXV, p. 362.) — P. Mueller. La circulation veineuse des extrémités inférieures, chirurgie de la veine crurale. (*Arch. f. Anat.*, supp. band, p. 339.) — Brin. Duplicité de la veine cave inférieure. (*Soc. anat. Paris,* 29 oct.) — Calvary. Diagnostic sur le vivant de l'obstruction de la veine porte, suite de perforation d'ulcère du duodénum. (*Thèse de Marbourg.*) — Cavasse. Atrésie de la veine cave inférieure. (*Soc. anat. Paris*, 19 nov.)

Vertige. — Silvagni. Pathogénie et séméiologie des vertiges. (*Thèse de Bologne.*)

Vessie. — Gerota. Anatomie et physiologie de la vessie. (*Arch. f. Anat.; phys. Abth.*, 5 et 6, p. 428.) — Barlow. De la cystoscopie. (*Munch med. Woch.*, 5 oct.) — Haeberlin. De la cystoscopie chez les femmes. (*Corresp. Blätt. f. schweizer Aertze*, 15 juill.) — Garceau. Quelques cas de cystite. (*Boston med. Journ.*, 28 oct.) — Bonvin. Rareté des calculs de la vessie en Valais. (*Rev. méd. Suisse romande*, juin.) — Pousson. Enorme calcul vésical. (*J. méd. Bordeaux*, 4 juil.) — Lambroschini. Formation et récidive des calculs vésicaux après la taille. (*Thèse de Lyon.*) — Forbes. L'ablation des calculs vésicaux, nouvelle statistique de 116 cas. (*Trans. Amer. surg. Ass.*, XV, p. 273.) — Robbe. Perforation de la vessie par arme à feu, opération, guérison. (*Policlin. Bruxelles*, 15 déc.) — Freyer. Tumeur rare de la vessie contenant deux calculs. (*Brit. med. j.*, 13 nov.) — Gosset. Lithotritie chez un malade atteint de néoplasme infiltré de la vessie. (*Ann.*

mal. org. gén. urin., déc.) — VERHOOGEN. Deux cas de résection partielle de la vessie. (*Ann. soc. belge chir.*, 15 déc.) — AUDRY. Cystotomie, cystostomie, cystectomie et cystopexie. (*Arch. prov. de Chir.*, VI, p. 687.)

Vitré. — TORNATOLA. Origine et nature du corps vitré. (*Rev. gén. d'opht.*, XII, p, 543.) — ELLIS. Opacités du corps vitré. (*N. York med. j.*, 16 oct.)

X-Z

Xéroderma. — DANLOS. Xéroderma pigmentosum. (*Ann. de derm.*, VIII, p. 1120.) — HEUSS. Un cas de xéroderma pigmentosum. (*Corr. Bl. f. schw. Aertze*, 15 sept.) — LESSER. Xéroderma pigmenté avec épithéliomes. (*Berlin. klin. Wochens.*, 13 déc.)

Zona. — HERVOUET Sur la cause et la nature du zona. (*Gaz. méd. Nantes*, 30 oct.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie **Masson et Cie**, boulevard Saint-Germain, 120, Paris.

L'œuvre médico-chirurgicale. Dr Critzman, directeur.
N° 6. *Physiologie et pathologie de la sécrétion gastrique, suivie de la technique complète du cathétérisme de l'estomac et de l'examen méthodique du liquide gastrique*, par A. Verhaegen, assistant à la clinique médicale de Louvain. (Une brochure in-8°.) — Prix : 1 fr. 25.

L'hérédité normale et pathologique, par le Dr Ch. Debierre, professeur d'anatomie à l'Université de Lille. (Une brochure in-8°.) — Prix : 1 fr. 25.

Traité des maladies de l'enfance, publié sous la direction de MM. J. Grancher, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, J. Comby, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, A.-B. Marfan, agrégé, médecin des hôpitaux. Tome V. (Un volume grand in-8° de 890 pages avec figures dans le texte.) — Prix : 18 francs.
Ce tome V termine le *Traité des maladies de l'enfance.* L'ouvrage complet forme 5 forts volumes grand in-8° avec figures dans le texte et est vendu 90 francs.

Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale, par le Dr E. Kirmisson, professeur agrégé de la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Trousseau, membre de la Société de chirurgie, membre correspondant de l'*American Orthopœdic Association*. Avec 312 figures dans le texte et deux planches en couleurs. (Un volume in-8° de xii-767 pages.) — Prix 15 francs.

Librairie **O. Doin**, 8, place de l'Odéon, Paris.

Attentats aux mœurs et perversions du sens génital, leçons professées à la Faculté de médecine, par le Dr L. Thoinot, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, expert près le tribunal de la Seine. Recueillies par le Dr E. Dupré, revues et publiées par l'auteur. (Un volume in-8° de 517 pages.) — Prix : 9 francs.

Clinique otologique du Val-de-Grâce. — Des principales complications septiques des otites moyennes suppurées et de leur traitement, par le Dr A. Mignon, professeur agrégé du Val-de-Grâce. (Un volume in-8° de 611pages avec 101 figures dans le texte.) — Prix : 9 fr.

Dax. — Ses eaux, ses boues, ses indications thérapeutiques, par le Dr Maurice Delmas, ancien interne des hôpitaux de Bordeaux, lauréat des hôpitaux, membre correspondant de la Société de médecine de Paris, médecin des thermes de Dax. (Une brochure in-8° de 47 pages.) — Prix : 1 fr. 50.

Traitement du diabète par le dosage de l'alimentation et particulièrement par le régime lacté, par le Dr E. Maurel. (Une brochure in-8° de 66 pages.) — Prix 2 francs.

Travaux du laboratoire d'anatomie de la Faculté de médecine de Lyon. — Du sternum et de ses connexions avec le membre thoracique dans la série des mammifères, par le Dr Raoul Anthony, médecin stagiaire du Val-de-Grâce. (Un volume in-8° de 237 pages avec 6 planches hors texte.) — Prix : 3 fr. 50.

Bibliothèque de thérapeutique médicale et chirurgicale. — Thérapeutique des maladies du crâne, par Pierre Sébileau, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux. (Un joli volume relié in-18 jésus, de 241 pages, avec 14 figures dans le texte.) — Prix : 4 francs.

Librairie **J.-B. Baillière** et fils, rue Hautefeuille, 19, Paris.

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1898, par H. Bocquillon-Limousin, pharmacien de 1re classe, lauréat de l'Ecole de pharmacie de Paris. Introduction par le Dr Huchard, médecin des hôpitaux. (Un volume in-18 de 320 pages, cartonné.) — Prix : 3 francs.

Les maladies évitables. Prophylaxie, hygiène publique et privée, par le Dr Georges J.-B. Baillière. 1898. (Un volume in-18, 250 pages.) (*Bibliothèque scientifique contemporaine.*) — Prix : 3 fr. 50.

Précis d'électrothérapie, galvanisation, voltaïsation sinusoïdale, faradisation, franklinisation, haute fréquence, électrophysiologie, électrodiagnostic et électrothérapie, par le Dr H. Bordier. Préface de M. le professeur d'Arsonval (de l'Institut). (Un volume in-18 jésus de 600 pages, avec 146 figures, cartonné.) — Prix : 8 francs.

Lexique-formulaire des nouveautés médicales, par le professeur Paul Lefert. (Un volume in-18 de 336 pages, cartonné.) — Prix : 3 francs.

Physiologie du foie, recherches expérimentales au moyen des circulations artificielles à travers le foie et le pancréas, par le Dr F. Martz. 1898. (Grand in-8°, 172 pages avec figures.) — Prix : 4 francs.

Traitement de certaines maladies de l'estomac par la cure de repos absolu et prolongé de l'estomac avec alimentation rectale exclusive, par le Dr A.-P. Gros. 1898. (Un volume grand in-8° de 244 pages avec graphiques.) — Prix : 5 francs.

La responsabilité médicale, par le professeur P. Brouardel, membre de l'Institut, doyen de la Faculté de médecine de Paris. (Un volume in-8° de 456 pages.) — Prix : 9 francs.

Les troupes coloniales; maladies du soldat aux pays chauds, par F. Burot et M.-A. Legrand, médecins de la marine. (Un volume in-8° de 184 pages.) — Prix : 2 fr. 50.

Technique microbiologique et sérothérapique, guide pour les travaux du

laboratoire, par le Dr Besson, chef du laboratoire de bactériologie à l'hôpital militaire de Rennes. (Un volume in-8° de 580 pages avec 223 figures noires et coloriées.) — Prix : 8 francs.

Librairie **Maloine**, place et rue de l'École-de-Médecine, 21-23-25, et boulevard Saint-Germain, 91, Paris.

La diphtérie et la sérumthérapie, études cliniques faites au pavillon Bretonneau, par le Dr G. Variot, médecin de l'hôpital Trousseau, pour enfants malades, chargé du service spécial de la diphtérie pendant les années 1895-1896, avec la collaboration, pour la partie bactériologique, de M. le Dr Tollemer, chef du laboratoire de la diphtérie à l'hôpital Trousseau. Avec 28 figures dans le texte et une planche en couleurs hors texte. (Un volume in-8°.) — Prix : 12 francs.

Leçons cliniques sur les maladies des enfants, faites à l'hôpital Saint-Sauveur, 1896-97, par le Dr E. Ausset, professeur agrégé, chargé de la clinique des maladies des enfants à la Faculté de Lille, médecin de l'hôpital Saint-Sauveur, lauréat de l'Académie de médecine. (Un volume in-8°.) — Prix : 5 francs.

Annuaire des eaux minérales, stations climatiques et sanatoria de la France et de l'Étranger, suivi d'une nomenclature des principaux Établissements hydrothérapiques et bains de mer. Edition 1898, corrigée et augmentée. — Prix du volume : 1 fr. 50.

Librairie **Alex. Coccoz**, 11, rue de l'Ancienne-Comédie, Paris.

Suppurations du cou, consécutives aux affections de l'oreille moyenne, de la mastoïde et du rocher, par le Dr Paul Collinet, ancien interne des hôpitaux de Paris. (Un volume in-8°.) — Prix : 5 francs.

Traitement de la blennorragie chez l'homme et chez la femme, par le Dr E. Delefosse, rédacteur en chef des *Annales des maladies des organes génito-urinaires*. (Un volume in-18.) — Prix : 3 francs.

Dix leçons de bactériologie chirurgicale, faites à l'hôpital Saint-Louis, par le Dr Villemin, chirurgien des hôpitaux de Paris. (Un volume in-18, 420 pages.) — Prix : 3 fr. 50.

Conférences populaires d'hygiène. (Une brochure de 98 pages in-8° raisin, avec une appréciation de M. le professeur Brouardel, par G. Baudran, officier d'Académie, secrétaire du Conseil d'hygiène de l'Oise. Institut : Prix Monthyon (Mention honorable). — Par la poste : 1 fr. 75.

Librairie **Le François**, 9, rue Casimir-Delavigne.

Traité pratique d'analyse chimique et microbienne des eaux d'alimentation, par F. Baucher et G. Doumergue. (In-18 jésus, 101 pages.) — Prix : 2 francs.

Manuel pratique de la garde-malade et de l'infirmière, publié par le Dr Bourneville, avec la collaboration de MM. Ed. Brissaud, Budin, P. Cornet, H. Duret, P. Keraval, G. Maunoury, Monod, J. Noir, Poirier, Ch.-H. Petit-Vendol, Pinon, P. Regnard, Sevestre, Sollier, Viron, P. Yvon, Mme Pilliet Edwards.

La sixième édition de ce manuel, revue et augmentée, se compose de cinq volumes illustrés de nombreuses figures : T. I. *Anatomie et physiologie ;* — T. II. *Administration et comptabilité hospitalières ;* — T. III. *Pansements ;* — T. IV. *Soins à donner aux femmes en couches. Soins à donner aux aliénés. Petite pharmacie. Petit dictionnaire des termes médicaux ;* — T. V. *Hygiène.* — Prix des cinq volumes in-18 : 7 fr. 50. — Aux bureaux du *Progrès médical*, 14, rue des Carmes.

Vigot frères, rue Monsieur-le-Prince, 10, Paris.

Des accidents de la lithiase biliaire, par le Dr Jules MAGNIN, deuxième édition. (Un volume in-18 jésus.) — Prix : 2 fr. 50.

LE GÉRANT : G. MASSON.

Paris. -- Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi. (Cl.) 2.4.98.